Nr. 38. 22. września 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jan FENCZYN. St. asyst. Kliniki. Kraków.

Znaczenie kliniczne odczynu Weltmanna [1]).

Z Oddziału Chorób Płuc II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. Dyrektor: Prof. Dr. J. Latkowski.

Gruźlica jako choroba zakaźna, zajmująca prawie wszystkie narządy ustroju, tak bogata w obrazy kliniczne, była od dawna przedmiotem wszechstronnych dokładnych badań. Znane zjawisko odnawiania się ognisk, nieraz już uważanych za wyleczone, objawy rozsiewania się sprawy chorobowej z ognisk rzekomo wygasłych, pobudzały badaczy do wynalezienia takich odczynów, któreby, o ile to jest możliwem, wskazywały na czynność lub postępowanie sprawy chorobowej, ułatwiały rozpoznanie w przypadkach niejasnych, oraz były miarą skuteczności stosowanego leczenia. Aby te cele osiągnąć, użyto stosowanych w bakterjologji metod np. aglutynacji (Arloing 1898, Koch, Behring), precypitacji (Borome 1907), ale bez wyników korzystnych. Odchylenie dopełniacza zastosowali do badania gruźliczych chorych pierwsi Francuzi: Widal i le Sourd, Camus i Pagnier w r. 1901 u ludzi, a Bordet i Gengou u zwierząt doświadczalnych. Calmette i Massol oraz Wassermann zastosowali odczyn ten w przypadkach gruźlicy wcześniej, niż w kile. Szybko jednak przekonano się, że wartość tej metody jest mała, bo wyniki dodatnie otrzymywano w nieznacznym procencie chorych gruźliczych. Odrębną grupę metod stanowią odczyny wykazujące chwiejność koloidów surowicy krwi. Tu należą stosowane w klinice opadanie krwinek czerwonych, t. j. odczyn Biernackiego, odczyn Daranyi'ego, Matafy, Costy, Vernesa pierwotny i zmodyfikowany, Sachsa i Klopstocka i in. Nowsze metody serologiczne, a mianowicie odchylenie dopełniacza mają tę zaletę, że pracuje się antygenami nie strącającemi białek surowicy, a mającemi swoiste powinowactwo do przeciwciał zawartych w surowicy chorych. Uzyskanie dobrego antygenu jest bardzo trudne, stąd też szereg sposobów otrzymywania, podanych przez Petroffa, Boqueta i Nègre. Klopstocka i Neuberga, Witebsky'ego, Klingensteina i Kuhna.

Poszukiwania dobrego antygenu rzuciły dużo światła na zachowanie się serologiczne ustroju zakażonego prątkami gruźliczemi i umożliwiły uzyskanie dość dobrych wyników, dochodzących do 90% dodatnich odczynów przy gruźlicy. Do najbardziej znanych i w praktyce stosowanych metod oznaczania odchylenia dopełniacza należą metoda: Besredki, Klopstocka i Neuberga, Witebsky'ego, Klingensteina i Kuhna.

Pewne trudności w ocenie wyników tych odczynów istnieją, ale jest możliwem, że w miarę udoskonalania techniki samych odczynów wyniki będą pewniejsze i bardziej swoiste. Uzyskanie dodatniego odczynu serologicznego zależy od dobrej techniki wykonywania odczynu, co najlepiej uwidocznia się w odczynie hamowania podanego m. i. przez Skibińskiego. Technika tego odczynu jest dość żmudną i drobne niedokładności dają wyniki nieprawdziwe. Sam odczyn występuje w gruźlicy częściej, niż w innych chorobach, ale nie idzie równolegle z przebiegiem klinicznym, nie daje wyraźnego obrazu ani czynności procesu, ani też nie może być użyty w rokowaniu. Wartość jego w klinice gruźlicy jest mała (Mromliński, Berdo, Kruszewska). Sam autor zaleca zmodyfikowany sposób badania, podany niedawno.

Dodatni odczyn serologiczny występuje najczęściej u dorosłych z gruźlicą płuc w 80 do 90% przypadków, w gruźlicy kości w 30%. Ciała odpornościowe utrzymują się w surowicy krwi długo nawet po wyleczeniu, co stanowi analogję do odczynu Widala a nie Wassermanna, który znika po usunięciu choroby. Produkcja ciał odpornościowych zależeć może i od tego, że żywe prątki są zamknięte w tkankach pozornie wyleczonych i produkują dalej przeciwciała. Możliwym jest również odczyn „anamnestyczny", t. j., że nieswoisty jakiś bodziec może wywoływać pojawienie się ciał odpornościowych dla prątków Kocha, jednak ciała te pojawiają się w surowicy tylko na krótko. Stąd też trudności w zużytkowaniu odczynów serologicznych w rokowaniu w gruźlicy. Niektórzy autorowie, jak Pesch, Berdo i inni twierdzą, że odczyny serologiczne dodatnie, np. wiązanie dopełniacza, nie pozostają w żadnym stosunku zależności do objawów klinicznych jak np. ciepłoty ciała, obecności prątków, chwiejności koloidów krwi i t. d. Widać z tego pobieżnego szkicu, że odczyny serologiczne mają małą stosunkowo wartość kliniczną; dodatni odczyn serologiczny jest zdaniem Calmetta i innych autorów w przeważającej liczbie przypadków wyrazem czynnej gruźlicy; taka jest jego wartość diagnostyczna, pozatem innej wartości odczyny te nie mają; ujemne odczyny serologiczne są często objawem gruźlicy daleko posuniętej.

Z usiłowań powyżej nakreślonych, mających na celu wyszukanie takich zmian w surowicy krwi chorych, któreby mogły służyć do oceny stanu chorych, należy wymienić jeszcze i badania nad fizycznemi zmianami zachodzącemi w surowicy krwi, w czasie choroby. I tak już od dawna zajmowano się interesującem zagadnieniem krzepnięcia surowicy krwi w pewnych ciepłotach. W 1913 r. Schade podał, że surowice krwi różnych chorych krzepną w różnych ciepłotach, i zwracał uwagę na możliwość znaczenia tego zjawiska dla kliniki. W tymże samym roku van Hoefft podnosi, że w 8 przypadkach zapalenia nerek znalazł wybitne obniżenie się punktu krzepnięcia surowicy krwi pod wpływem gorąca, w porównaniu ze stanem prawidłowym.

Mayer i Rosenow w 1922 r. stwierdzili w przypadkach z zaburzeniami gospodarki wodnej i mineralnej wyraźne podwyższenie ciepłoty krzepnięcia; zmniejszenie się ilości białka w surowicy krwi wywołuje zwiększenie się tej ciepłoty.

Luger, Weis-Ostborn i Ehrenteil w r. 1923 przeprowadzili w 61 przypadkach badania nad surowicami chorych na raka i niedokrwistość złośliwą (ogrzewali rozcieńczone surowice do 100° i 80°) i stwierdzili, że istnieją znaczne różnice w krzepliwości tych surowic; podobnie znaleźli wybitną różnicę w krzepliwości surowic z przypadku trzeciorzędnej kiły.

Badania Mayera i Rosenowa potwierdził 1924 r. Cossus Didaco udowadniając, że w przypadkach chorób nerek przebiegających z zatrzymaniem wody i soli, ciepłota krzepnięcia surowicy jest znacznie wyższą. W roku 1927 Müller łączy swoistą lepkość krwi w przyczynowy związek ze swoistą krzepliwością pod wpływem gorąca i znalazł, że obie te wartości są podwyższone w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy, w kile, w chorobach nerek oraz w takich schorzeniach, w których jest znaczny rozpad tkanek. Teoretyczną stronę powyżej wspomnianego zagadnienia starali się wyjaśnić Pauli i Handowsky, opracowując je ze strony fizyczno-chemicznej, a Freund i Lustig ze strony czysto chemicznej.

Krzepnięcie białek, spowodowane solami metali lekkich a po części i solami metali ziem alkalicznych, jest odwracalne; przez dodanie większej ilości wody można białka skrzepnięte przeprowadzić znowu w stan rozpuszczalny. Zachodzi tu bowiem czysto fizyczne zjawisko wysolenia. Natomiast krzepnięcie, spowodowane wysoką ciepłotą lub przez sole metali ciężkich, jest nieodwracalne i polega na chemicznej zmianie samej cząsteczki białka, a to przez przyłączenie cząsteczki wody; sucha bowiem np. hemoglobina lub albumina kurzego jaja może być ogrzaną do 110° a nawet do 130° i nie straci zdolności rozpuszczania się w wodzie. Ciała białkowe naturalne są hydrofilne, zaś po skrzepnięciu i po ogrzaniu nie chłoną już wody, ślady kwasów lub soli powodują ich wypadanie w postaci kłaczków.

A zatem w procesie krzepnięcia pod wpływem wysokiej ciepłoty zachodzą w surowicy krwi dwa odczyny: I) białko traci zdolność rozpuszczania się w wodzie, II) wypada w postaci kłaczków. Do tego, aby uwidocznić zmiany dyspersji cząsteczki białka i spowodować wypadanie, konieczna jest obecność pewnej ilości elektrolitu; minimalną ilość elektrolitu, która jest konieczna do utrzymania białka w roztworze, nazywa Bechhold progiem elektrolitu lub też progiem rozpuszczalności (zawiesze-

[1]) Wykład wygłoszony dnia 5. VI. 1935 na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego łącznie z Krakowskiem Kołem Internistów.

nia). Zjawisko krzepnięcia w wysokich temperaturach zależy od wielkości cząstki białka, od jej zjonizowania, od ilości i rodzaju elektrolitu.

Cząstki białka zjonizowane mają większe tarcie wewnętrzne, koagulują trudniej, mają silniejsze własności skręcania spolaryzowanego światła; sole wpływają na stan jonizacji białek, sole obojętne zmniejszają jonizację cząstek białkowych a tem samem obniżają wszystkie właściwości białek zjonizowanych. Badając zagadnienie krzepnięcia w wyższej ciepłocie w surowicy krwi chorych, oparł O. Weltmann swą próbę na szeregu spostrzeżeń. Stwierdził on, że rozcieńczona wodą przekroploną prawidłowa surowica krwi, w stosunku 1:50, pomimo ogrzania pozostaje przejrzysta; jeżeli się rozcieńcza surowicę wodą wodociągową lub też rozczynem fizjologicznym soli, to jeszcze w rozcieńczeniu 1:100 otrzymuje się zmętnienie po ogrzaniu. Jeżeli zaś do ogrzanej surowicy, rozcieńczonej w stosunku 1 : 50 wodą przekroploną, doda się kroplę 10% chlorku wapnia, surowica krzepnie odrazu, natomiast jeżeli rozczyn ten oziębi się, to przez dodanie soli nie spowoduje się skrzepnięcia. Jeżeli do rozczynu chlorku wapnia *(calcium chloratum)* w zmniejszającem się stężeniu dodaje się jednakowej ilości surowicy rozcieńczonej w stosunku 1:50, to w wysokich stężeniach pojawia się skrzep zupełny, w niższych skłaczkowacenie, w jeszcze niższych zmętnienie, szybko się zmniejszające, aż do zupełnej prawie przejrzystości płynu. Mamy więc szereg („wstęgę"), złożony z różnych stopni zmętnień w próbówkach. Granice przejść między zupełnym skłaczkowaceniem a zmętnieniem są przy rozczynach chlorku wapnia bardzo wyraźne, mniej natomiast wyraźne są np. przy rozczynie soli kuchennej. Dlatego też rozczyn chlorku wapnia nadaje się do tej próby. Z innych elektrolitów używał Weltmann chlorku barowego *(barium chloratum)*, siarczanu magnezowego *(magnesium sulfuricum)* lub amonowego *(ammonium sulfuricum)* w odpowiednich stężeniach.

Używając swej metody, mógł Weltmann badać próg elektrolitu a zarazem idący z nim w parze próg rozpuszczalności (zawieszenia) białek przy podwyższonej ciepłocie; otrzymane wyniki zużytkowywał w klinice różnych schorzeń. Przekonał się bowiem, że rozcieńczona w stosunku 1:50 surowica zdrowych ludzi krzepnie w pewien sposób, natomiast surowice ludzi chorych okazują znaczne od tego odchylenia; odchylenia zależą od rodzaju schorzenia. Sprawy zapalne połączone z wysiękiem wywołują zmianę szeregu koagulacyjnego Weltmanna, przesuwając krzepnięcie ku stronie lewej t. j. ku wyższej koncentracji elektrolitu, sprawy zapalne wytwórcze przesuwają punkt krzepnięcia ku stronie prawej t. j. ku niższej koncentracji elektrolitu. Techniczne wykonanie przedstawia się w ten sposób:

Do 12 próbówek dajemy po 5 cm^3 rozczynu chlorku wapnia poczynając od 0,1%, w każdej następnej próbówce stężenie zmniejsza się o 1 setną %, z tem, że w rozcieńczeniu między 0,05 a 0,04% wstawiamy rozcieńczenia 0,045% a między 0,04% a 0,03% rozcieńczenie 0,035%. Rozcieńczenia te są dlatego konieczne, by uchwycić dolną granicę koagulacji, mieszczącą się niejednokrotnie w tych właśnie granicach. Skoro rozczyny te mamy gotowe, dodajemy do każdej próbówki dokładnie 0,1 cm^3 surowicy krwi. Surowica musi być świeża, czynna, i nie może zawierać śladów hemoglobiny. Po odmierzeniu surowicy miesza się dokładnie płyny, by surowica nie przylegała do ścian próbówki i ustawia się w stojaku blaszanym, który później wstawia się do łaźni z wrzącą wodą. Łaźnia musi być tak duża, by stojak z próbówkami zanurzony we wrzącej wodzie nie przerywał gotowania się, w ten bowiem sposób warunki doświadczenia są stale jednakowe. Gotuje się przez 15 minut, poczem odczytuje się wynik.

Przy siarczanie magnezu używa się rozczynów od 0,15% do 0,06%, technika wykonania odczynu jest taka sama, jak przy chlorku wapnia.

Prawidłowy szereg koagulacyjny Weltmanna przedstawia się w następujący sposób: W próbówkach zawierających rozczyny chlorku wapnia od 0,1% do 0,08% lub nawet do 0,07% mamy zupełny skrzep białka, nieraz uczepiony do powierzchni płynu; skrzep ten po zamieszaniu opada na dno próbówki bardzo szybko w grubych grudkach, płyn ponad skrzepem jest zupełnie przejrzysty. W próbówkach zawierających rozczyny od 0,07%—0,05% czasem nawet do 0,045% mamy skrzep niezupełny; na dnie próbówki osadza się warstewka złożona z kłaczków białka, płyn ponad osadem jest mleczno biały, lub lekko opalizujący. W następnych próbówkach zawierających rozcieńczenia od 0,04% do 0,01% mamy szybko zmniejszające się zmętnienie tak, że w ostatniej próbówce mamy zazwyczaj tylko ślad opalescencji.

Przy rozczynach z siarczanem magnezu szereg przedstawia się trochę inaczej. Zupełny skrzep otrzymujemy przy rozcieńczeniu od 0,15% do 0,10%, płyn ponad skrzepem jest bezbarwny, w rozcieńczeniach dalszych aż do 0,06% mamy skłaczkowacenie w płynie, płyn ponad skrzepem jest barwy mlecznej.

Zmniejszenie się koagulacji nazywa Weltmann zwężeniem szeregu („wstęgi") lub przesunięciem w lewo, rozszerzenie tych granic nazywa przesunięciem w prawo.

Zachęcony przez prof. Latkowskiego starałem się zbadać zachowanie się koagulacji surowicy krwi, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy płuc. Praca ta jest tylko drobną częścią badań, prowadzonych w Klinice pod kierunkiem prof. Latkowskiego, nad zachowaniem się koloidów krwi w różnych schorzeniach.

Badania przeprowadzaliśmy w ten sposób, że u chorych pobieraliśmy naczczo krew dla zbadania opadania krwinek czerwonych, które oznaczaliśmy metodą Westergrena, biorąc średnią z 2 godzin, według Katza. Tą samą igłą pobieraliśmy 10 cm^3 krwi. Chodziło nam o to, by wykluczyć możliwość zmian w koloidach krwi, skutkiem niejednoczasowego pobrania lub innych warunków. W uzyskanej surowicy krwi wykonywaliśmy odczyn Weltmanna. Pobieranie równoczesne krwi miało również na celu zbadanie, czy istnieje jakiś związek w wynikach uzyskanych obu temi metodami. U każdego z chorych wykonywaliśmy badania używając zawsze dwu elektrolitów, a to, jak podano powyżej, chlorku wapnia i siarczanu magnezowego. Praca z tymi dwoma elektrolitami równocześnie jest o tyle korzystną, że odczyn Weltmanna w obu tych elektrolitach nie zawsze daje wyniki identyczne. Odczyn z siarczanem magnezowym jest znacznie czulszy, w łączności zatem z odczynem z chlorkiem wapnia, może służyć jako ocena w rokowaniu zmiany w koagulacji. Jak to będzie można stwierdzić, są wprawdzie przy siarczanie magnezowym nieznaczne różnice, ale dają dobrą podstawę do oceny, czy dana sprawa chorobowa jest sprawą wysiękową i dają możność uchwycenia chwili, w której sprawa wysiękowa zaczyna się cofać. Badanie kliniczne i obserwacja określały ściśle stan chorych, rozległość sprawy, i t. p.

Materjał nasz składał się ze 171 przypadków, w tem 135 przypadków gruźlicy płuc, oraz 36 przypadków schorzeń innych narządów. Przypadki nie gruźlicze badaliśmy dlatego, by zdać sobie sprawę z wpływu innych schorzeń na zachowanie się odczynu Weltmanna. Ogółem wykonana 342 oznaczenia, starając się szczególnie o kilkakrotne wykonanie oznaczenia w każdym przypadku; chodziło nietylko o to, by stwierdzić jednorazowo, jak przedstawia się odczyn Weltmanna, ale by określić jak zmienia się odczyn podczas leczenia stosowanego u naszych chorych. Nim omówię zachowanie się odczynu w gruźlicy płuc, wspomnę o innych schorzeniach. I tak w 3 przypadkach krupowego zapalenia płuc, oraz w 3 przypadkach zapalenia płuc odoskrzelowego obustronnego stwierdzić można było znaczne przesunięcie się szeregu w lewo; przy rozczynie z chlorkiem wapnia nie było skrzepu zupełnego, ślady koagulacji kończyły się już przy 0,08%, w rozczynie z siarczanem magnezowym wogóle skrzepu nie było, a jedynie można było stwierdzić opalescencję.

Przesunięcie w lewo utrzymywało się jeszcze w dwa tygodnie po zupełnem ustąpieniu objawów choroby, jak gorączki, nacieku w płucu, z tem jednak, że już w tym czasie zaznaczało się przesuwanie w prawo, w kierunku stanu prawidłowego. Przypadki zapaleń płuc są jaskrawym przykładem przesunięcia szeregu w lewo, w tych bowiem przypadkach mamy dwie równoległe sprawy, zapalną i wysiękową, które wywołują wspomniane przesunięcie. Przesuwanie się szeregu koagulacyjnego w lewo w przypadkach schorzeń płuc wyprzedza nieraz dość znacznie pojawienie się innych objawów klinicznych, jak to będzie można udowodnić przy rozpatrywaniu przypadków gruźlicy płuc.

W całym szeregu schorzeń, nie mających w swym obrazie tych dwóch koniecznych cech, t. j. zapalenia i wysięku, nie mogliśmy stwierdzić zmian w szeregu koagulacyjnym Weltmanna, i to zarówno przy rozczynach z chlorkiem wapnia, jak i z siarczanem magnezowym. Tu należą przypadki takie, jak neuropatja konstytucjonalna, białaczka, nadciśnienie na tle stwardnienia nerek, wrzód żołądka, zatrucia terpentyną, podleczone choroby nerek bez zatrzymania azotu i chloru we krwi, bez zaburzeń w ruchu wody, podrażnienie pęcherzyka żółciowego w okresie przewlekłym, wyrównane wady serca bez powiększenia wątroby.

Przypadki takie, jak ropień śledziony, rak pęcherzyka żółciowego bez żółtaczki, rak płuca przerzutowy, (wielkości orzecha włoskiego), ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, okazują znaczne przesunięcie w lewo, i to głównie przy siarczanie magnezowym jako elektrolicie (skrzep tylko w rozczynie 0,13%); natomiast przy chlorku wapnia, jako elektrolicie, mieliśmy tylko nieznaczne przesunięcie w lewo jeszcze prawie w granicach prawidłowych.

Podobne zachowanie się szeregu koagulacyjnego mieliśmy w przypadkach ciężkiego nieżytu okrężnicy *(colitis)* ze znacznem wyniszczeniem. Szereg koagulacyjny z chlorkiem wapnia był prawidłowy, natomiast z siarczanem magnezowym skrzepu wogóle nie było; pojawienie się śladu koagulacji w rozczynie z siarczanem magnezowym, wystąpiło na kilka dni przed pojawieniem się objawów poprawy, odtąd mieliśmy przesuwanie się wstęgi w prawo.

Bardzo interesujące jest zachowanie się szeregu koagulacyjnego przy schorzeniach wątroby przebiegających z żółtaczką; we wszystkich tych przypadkach mamy stale jednakowe zachowanie się szeregu, a mianowicie przesunięcie w prawo. Jest to zjawisko tem godniejsze uwagi, że w schorzeniach takich jak, marskość wątroby na tle np. przewlekłego stanu zapalnego przewodów żółciowych, marskość przerostowa, marskość zanikowa, marskość na tle niewyrównanej wady serca z zastojem, a więc w sprawach przewlekłych z przerostem tkanki włóknistej, w których zdaniem Weltmanna mamy zawsze przesunięcie szeregu koagulacyjnego w prawo, a zarazem i w schorzeniach takich, jak w ostrej żółtaczce nieżytowej, a więc w ostrym procesie zapalnym bez produkcji tkanki łącznej, mamy odczyn jednakowy.

Przesunięcie to nie zależy od ilości żółci w surowicy krwi, pozostaje ono bowiem jeszcze dłuższy czas po ustąpieniu żółtaczki i po powrocie zawartości bilirubiny w surowicy krwi do poziomu prawidłowego, jest ono raczej wyrazem pewnego uszkodzenia czynności komórek wątroby. Komórki te, uszkodzone w ten czy inny sposób, wytwarzają zapewne białka ustrojowe o pewnej wielkości cząsteczki, białka te z obu elektrolitami dają jednakowe odchylenie w prawo. Mamy tu jeszcze jeden pośredni dowód, że uszkodzenie komórek wątroby jest w przypadkach marskości wątroby pierwotne, następowy rozwój tkanki łącznej, jaki widzimy we wszystkich prawie postaciach marskości wątroby, jest procesem następowym. Zajmującym jest również i związek odczynu Weltmanna z pojawieniem się dodatniego odczynu podanego przez Takatę, a mającego występować najczęściej przy marskości wątroby. Odczyn Takaty dodatni idzie w parze z przesunięciem szeregu odczynu Weltmanna w prawo, a zatem odczyn ten określa zachowanie się pewnej frakcji białkowej w surowicy krwi, dającej się również wykryć i zapomocą koagulacji.

Badania Zacha i Brancolini dowodzą, że i przy gruźlicy odczyn Takaty może być dodatnim. Jaki jest związek przyczynowy występowania dodatniego odczynu Takaty w gruźlicy płuc i w marskości wątroby, trudno dziś dokładnie podać; sprawa ta wymaga jeszcze dalszych dokładniejszych badań, przeprowadzonych na dużym materjale. Kretz proponuje używać odczynu Weltmanna do badania przemiany białkowej.

Ze 135 przypadków schorzeń płuc gruźliczej natury mieliśmy:

I. 25 przypadków gruźlicy włóknistej dość rozległej w obu płucach. Do tej grupy zaliczyliśmy zarówno 5 chorych ze zmianami włóknistemi w okresie spoczynkowym nie leczonych, jak i 20 chorych leczonych już odmą opłucną.

Chorzy ci są, praktycznie biorąc, wyleczeni, nie mają od szeregu miesięcy żadnych objawów klinicznych czynnej gruźlicy, nie kaszlą, nie odpluwają, nie mają gorączek, nie stwierdza się rzężeń, pracują, rentgenologicznie na kliszach stwierdza się tylko zmiany włókniste.

A) U 4 chorych stwierdziliśmy prawidłowe zachowanie się odczynu z chlorkiem wapnia, koniec koagulacji przypada na stężenie 0,045% chlorku. U 21 innych chorych mamy znaczne przesunięcie w prawo, skrzep jeszcze da się stwierdzić w rozczynach chlorku 0,02%.

B) Skrzep w rozczynie siarczanu magnezowego jako elektrolitu występuje w granicach od 0,08—0,13%. 10 przypadków miało koagulację do rozczynu 0,10%, 5 do 0,08%, a 10 od 0,11% do 0,13%.

Przypadki w których odczyn Weltmanna z siarczanem magnezowym wynosił od 0,08—0,10%, leczono dwa lata odmą opłucną. Natomiast wszystkie 10 przypadków z odczynem wyższym od 0,11% leczono co najwyżej rok; we wszystkich tych przypadkach było przesunięcie w prawo w odczynie z chlorkiem wapnia.

Opadanie krwinek czerwonych w 20 przypadkach wahało się w granicach ogólnie przyjętej normy dla kobiet i mężczyzn.

W 5 przypadkach było opadanie krwinek czerwonych przyspieszone, średnia wynosiła 10—19 mm. Były to jednak przypadki, u których stwierdziliśmy zmiany takie, jak zapalenie okostnej (3 przypadki), ciążę (1 przypadek), zapalenie ucha środkowego (1 przypadek). Widzimy więc, że w przypadkach gruźlicy włóknistej odczyn Weltmanna z chlorkiem wapnia okazuje przesunięcie w prawo, lub stan prawidłowy, natomiast odczyn z siarczanem magnezu jest w przypadkach gruźlicy nieczynnej prawidłowy, natomiast w przypadkach gruźlicy jeszcze czynnej nieznacznie przesunięty w lewo. Tu leży wartość tych dwu odczynów. Opadanie krwinek czerwonych było prawidłowe, o ile nie było innego schorzenia wywołującego zmiany w opadaniu.

II. 5 przypadków marskości płuca z jamami, u których jednak sprawa chorobowa dąży ku dalszej poprawie.

Stan tych chorych jest dobry, przybywają oni na wadze, kaszlą niewiele, odpluwają do 5 cm³ plwociny; badanie co do prątków Kocha daje wynik ujemny. Ciepłota ciała prawidłowa. U tych chorych odczyn Weltmanna z chlorkiem wapnia i siarczanem magnezu daje krzywą prawidłową. Opadanie krwinek czerwonych jest przyspieszone, dochodzi do 26,5 mm (średnia).

III. 6 przypadków marskości płuca z jamami; sprawa chorobowa zwolna postępuje. U chorych tych odczyn Weltmanna z chlorkiem wapnia okazywał w 2 przypadkach przesunięcie w prawo do 0,03%, w innych przypadkach przesunięcie w lewo do 0,06%. Odczyn z siarczanem magnezu był w tych przypadkach czulszy, w 4 przypadkach nie było skrzepu wogóle, a w 2 skrzep występował tylko przy stężeniu 0,14%. Opadanie krwinek czerwonych było znacznie przyspieszone, dochodziło w 2 przypadkach z przesunięciem w prawo do 30 mm, w innych przypadkach do 50 mm. W przypadkach tych widać było zupełną zgodność wszystkich badań określających stan chorego.

IV. Odrębną grupę stanowią przypadki gruźlicy włóknistoguzkowej; przypadków takich mieliśmy 25. Wśród tych mieliśmy 5 przypadków gruźlicy włóknistoguzkowej bez objawów sprawy czynnej. Chorzy ci nie mieli podwyższonej ciepłoty ciała, nie pocili się, nie było rzężeń. Badanie odczynu Weltmanna stwierdza u wszystkich tych chorych prawidłową koagulację zarówno w odczynie z chlorkiem wapnia jak i z siarczanem magnezowym. Opadanie krwinek czerwonych było w tych przypadkach prawidłowe. U 20 zaś chorych mieliśmy zmiany włóknistoguzkowe o charakterze postępującym. Chorzy ci mieli podwyższoną ciepłotę ciała, pocili się, odpluwali, tracili na wadze. Rentgenologicznie można było stwierdzić u wielu z tych chorych wśród guzków drobne jamy.

Ci wszyscy chorzy mieli przesunięcie w odczynie Weltmanna ku stronie lewej, koagulacja występowała w stężeniach od 0,05—0,06% chlorku wapnia, przy siarczanie magnezu w stężeniu 0,13—0,15%. Opadanie krwinek czerwonych w przypadkach tych było znacznie przyspieszone, zwłaszcza u chorych z zaczynającym się rozpadem. U części tych chorych założono odmę opłucną, zmiany chorobowe w płucach przeszły w stan nieczynny, w odczynie Weltmanna zaznacza się stopniowe przesuwanie w prawo i to wcześniej przy odczynie z chlorkiem wapnia, niż przy siarczanie magnezowym.

V. W 4 przypadkach cofającego się nacieku w okresie około 5 miesięcy po spadku ciepłoty ciała stwierdziliśmy prawidłowy szereg koagulacyjny, opadanie było prawidłowe.

VI. W 5 przypadkach chorych po zapaleniu opłucnej suchem mieliśmy u wszystkich chorych odczyn Weltmanna prawidłowy, a nawet zaznaczało się przesunięcie w prawo do 0,02% przy chlorku wapnia, natomiast w rozczynie z siarczanem magnezu było jeszcze nieznaczne przesunięcie w lewo.

Opadanie krwinek czerwonych było przyspieszone; średnia 10—15 mm. W przypadkach, w których oprócz zmian na opłucnej były zmiany włókniste czynne w płucach, mieliśmy wyraźniejsze przesunięcie w lewo w odczynie z siarczanem magnezowym do 0,08%.

Odczyn z siarczanem magnezowym jest więc w tych przypadkach czulszym i prędzej dozwala przyjąć, że sprawa chorobowa jest czynną. We wszystkich dotychczas wspomnianych grupach przypadków mogliśmy stwierdzić, że leczenie wpływa dość wyraźnie na zachowanie się krzywej Weltmanna. W przypadkach, w których występowała poprawa, pojawia się przesuwanie koagulacji ku stężeniom niższym: występuje to szybciej w odczynie z chlorkiem wapnia; przesunięcia te są wybitne. Natomiast odczyn z siarczanem magnezowym zmienia się stosunkowo wolno, przesuwanie się koagulacji w rozczynach z siarczanem magnezowym idzie ściśle w parze z poprawą stanu ogólnego i miejscowego. Odczyn zatem Weltmanna z chlorkiem wapnia świadczy, zwłaszcza w przypadkach przesunięcia na prawo, o przewadze włóknistej postaci zmian w płucach, natomiast odczyn z siarczanem magnezowym służy do rozpoznania, czy dana sprawa jest jeszcze w stanie czynnym, zdolnym wpływać na zmianę koloidów krwi.

Podobne wyniki w przypadkach gruźlicy włóknistej mieli Kaiser u 27 z chorych, Makitra, Tyndel, Friedmann i inni.

Autorowie ci zwracają uwagę na to, że nawet nieznaczne przesunięcia w szeregu koagulacyjnym Weltmanna na lewo należy uważać za objaw sprawy czynnej pomimo to, że naprzy-

kład opadanie krwinek czerwonych jest prawidłowe, a chory niema poważniejszych dolegliwości.

VII. W 8 przypadkach zmian włóknisto-guzkowych z jamami oraz z wyraźnie zaznaczoną sprawą wysiękową w otoczeniu, mieliśmy przesunięcie szeregu koagulacyjnego ku stronie lewej, i to dość znacznie, do stężenia 0,08% chlorku wapnia; w rozczynie z siarczanem magnezowym nie mieliśmy skrzepu wcale.

W przypadkach, w których leczenie, czyto odmą opłucną, czyto innemi środkami przynosiło korzyść, mieliśmy dość szybkie przesuwanie się szeregu ku stronie prawej w rozczynach z chlorkiem wapnia, wolne w rozczynach z siarczanem magnezowym. Opadanie krwinek czerwonych było znacznie przyspieszone.

VIII. W 2 przypadkach pojawiającego się wysiękowego zapalenia opłucnej odczyn Weltmanna był bardzo wyraźnie przesunięty w lewo, i to w obu elektrolitach. Opadanie krwinek czerwonych było bardzo znacznie przyspieszone. Mimo dwumiesięcznego trwania i ustąpienia wysięku odczyn pozostał prawie bez zmiany, mimo znacznej poprawy ogólnej tych chorych, oraz wybitnego zmniejszenia się opadania krwinek czerwonych.

IX. W 20 przypadkach chorych ze świeżemi naciekami, z rozpadem i bez rozpadu, można było stwierdzić wyraźne przesunięcie się odczynu koagulacyjnego na lewo w rozczynie z chlorkiem wapnia; w rozczynie z siarczanem magnezowym wogóle skrzepu nie było. Powolna poprawa występująca po leczeniu zarówno zachowawczem, jak i odmą opłucną, przejawia się w stopniowem przesuwaniu szeregu koagulacyjnego ku stanowi prawidłowemu, albo po dłuższym okresie czasu ku stronie prawej. Skrzep w rozczynie z siarczanem magnezowym pojawia się dopiero pod koniec drugiego miesiąca. Opadanie krwinek czerwonych, znacznie zazwyczaj przyspieszone, zmniejsza się znacznie szybciej, niż odczyn Weltmanna. Odczyn ten jest więc w ostrych sprawach lepszym wskaźnikiem, niż opadanie krwinek czerwonych.

X. Zmiany włóknisto-serowate odzwierciedlają się w odczynie Weltmanna różnie, zależnie od nasilenia się procesu włóknistego i wysiękowego. Chorych takich mieliśmy 25.

W przypadkach z przewagą sprawy włóknistej mamy szereg koagulacyjny prawidłowy w rozczynach z chlorkiem wapnia (do 0,045%). Natomiast w przypadkach z przewagą sprawy wysiękowej mamy znaczne przesunięcie się ku stronie lewej do 0,08% $CaCl_2$.

W rozczynach z siarczanem magnezowym w 20 przypadkach nie mieliśmy skrzepu wogóle, i to w przypadkach nawet takich, w których szereg z chlorkiem wapnia był prawidłowy. Opadanie krwinek czerwonych było znacznie przyspieszone (do 50 mm średnia).

Równolegle do poprawy klinicznej, występującej po założeniu odmy opłucnej zmienia się, choć bardzo wolno, i krzywa koagulacyjna. Opadanie krwinek czerwonych zmienia się znacznie szybciej. Zmiana odczynu z siarczanem magnezowym zwłaszcza przy przesunięciu w prawo jest objawem korzystnym, pozwala bowiem rokować poprawę.

XI. W 1 przypadku serowatego zapalenia płuc *(pneumonia caseosa)*, z obfitym krwotokiem, mieliśmy przesunięcie w lewo bardzo duże, które utrzymuje się jeszcze w ciągu szeregu miesięcy.

XII. W 3 przypadkach gruźlicy w postaci odoskrzelowego zapalenia płuc, skrzepu w rozczynie z siarczanem magnezowym wogóle nie było, w rozczynie z chlorkiem wapnia mieliśmy znaczne przesunięcie w lewo do 0,09%. Opadanie krwinek czerwonych do 80 mm średnio. W miarę poprawy stanu, opadanie zmniejszało się znacznie, szybciej odczyn Weltmanna; jeszcze po 2 miesiącach okazuje on w dalszym ciągu przesunięcie w lewo.

XIII. Zapalenie opłucnej po odmie, z wysiękiem, okazuje w początkowym okresie znaczną zmianę. Można stwierdzić znaczne przesunięcie się koagulacji w lewo, i to zarówno w odczynach z chlorkiem wapnia jak i w rozczynach z siarczanem magnezowym. W miarę ustępowania płynu, zmniejszania się objawów klinicznych, polepszania się stanu ogólnego, przesuwa się koagulacja ku stronie prawej. Wyraźniejsze przesunięcie ku stronie prawej, zwłaszcza w rozczynie z siarczanem magnezowym, wskazuje na pojawienie się fazy resorbcyjnej.

Na podstawie zatem samego odczynu Weltmanna nie można ocenić w każdym przypadku, czy sprawa tocząca się w płucach jest wysiękową, czy też wytwórczą. Podobnie nie można znaleźć takich danych, któreby pozwalały na rozpoznanie rozpoczynającego się rozpadu w przypadkach gruźlicy włóknistej. Mimo to jednak odczyn ten może ułatwić często w przypadkach gruźlicy płuc rozróżnienie sprawy wysiękowej od wytwórczej, może stwierdzać przemiany jednej sprawy w drugą, może być też nieraz wskazówką w rokowaniu i leczeniu. Dlatego można go zaliczyć do pożytecznych sposobów pomocniczego badania klinicznego.

Piśmiennictwo:

Berdo N.: Gruźlica. VIII. Z. 6. — Cossus Didaco: Kongresszbl. inn. Med. 36. — Dissmann E.: Beitr. Klin. Tbk. 1934, 83. Str. 270. — Eckhart W.: Med. Klin. 772. 1931. — Friedmann E.: Klin. Wschr. 132, 1935. — van Hoeff: Verh. d. Naturwissensch. u. Aerzte. 1913. — Illig W.: Beitr. Klin. Tbk. 82, 459, 1933. — Kaiser T.: Beitr. Klin. Tbk. 83, 271, 1933. — Kyrialeis L.: Klin. Wschr. Nr. 23. Str. 828, 1935. — Kruszewska W.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 48. 1933. — Kretz J., O. Kudlac: Ztschr. Klin. Med. B. 127. Str. 590. — Luger, Weis-Ostborn, Ehrentheil: Klin. Wschr. Jg. 2. H. 3. — Makitra A., Tyndel M.: Beitr. Klin. Tbk. 84, 265, 1934. — Mayer Rosenow: Klin. Wschr. Str. 1693. 1922. — Mromliński: Gruźlica. IX. Nr. 2. — Müller: Z. exper. Med. 55. — Pauli W.: Klin. Wschr. Nr. 15. 1929. — Rohacowa D., Weichherz E.: Med. Klin. Str. 1410. 1933. — Schade: Med. Klin. Nr. 29, 30. 1909. — Skibiński: Gruźlica. Nr. 5. Str. 377. 1930. — Skibiński: Pol. Gaz. Lek. Nr. 23. 1935. — Vottländer: Klin. Wschr. Nr. 48, Str. 1718. 1935. — Weltmann O.: Med. Klin. Str. 240. 1930. — Zach C., Brancolini Z.: Minerva Medica Nr. 27, 1934: Ref. Pol. Gaz. Lek. Str. 763. 1934.

Dr. H. MIERZECKI. Lwów.

Skóra a zawód [1]).

Choroby zawodowe skóry, znane od czasu Galena, nabrały dopiero znaczenia w okresie powojennym, a zatem w ostatnich dziesięcioleciach. Rozważania o chorobach zawodowych skóry znajdujemy wprawdzie w dziele Layeta (1875) *„Hygiène des professions et des industries"*, oraz Eulenberga (1886) w *„Handbuch der Gewerbehygiene"*, niemniej jednak ta najmłodsza gałąź dermatologji opracowana została dopiero przez Oppenheima, Ullmana, Whitta, Prossera, a więc dopiero w czasach nam współczesnych. I stąd też nie należy się dziwić, że zarówno definicja, jakoteż systematyka, etjologja i klinika chorób zawodowych skóry nie jest właściwie ustalona. Definicja, oraz systematyka zawodowych chorób skóry dlatego napotyka na trudności, ponieważ takiesame przemysłowe czynniki toksyczne i takasama praca może wywołać rozmaite zmiany chorobowe i na odwrót takiesame zmiany chorobowe powstają pod wpływem rozmaitych czynników toksycznych, w rozmaitych gałęziach pracy. Jako pierwszy przykład mogą służyć połączenia arsenu, które wywołują u jednych rumienie i osutki guzkowe, przypominające liszaj czerwony płaski, u drugich pęcherze na kończynach, owrzodzenia, zmiany pigmentowe i zrogowacenia, wreszcie u innych nowotwory. Jako przykład drugi posłuży sprawa nadwrażliwości na związki parafenyloaminowe. Związki te wywołać mogą wypryski u sprzedawczyni futer 1) jako ursol futra, którą sprzedawczyni sprzedaje lub zdobi swój płaszcz, 2) jako składniki barwików, których używa dla celów kosmetycznych, 3) jako pellidol, którego używa do leczenia owrzodzeń podudzia.

I dlatego, nie wchodząc na razie w skądinąd interesujący teoretyczne zagadnienie definicji i systematyki chorób zawodowych skóry, można na razie przyjąć za podstawę naszych rozważań o organizacji, leczenia i zapobiegania chorób zawodowych dla celów praktycznych podział tych schorzeń na 4 wielkie działy, mianowicie: 1) urazy, 2) nowotwory zawodowe, 3) choroby zakaźne, i 4) choroby alergiczne.

Ilościowo największą grupę wypadków przy pracy obejmują, jak wiadomo, uszkodzenia skóry, wywołane przez czynniki cieplne, świetlne, przez energję promienistą, jak promienie Roentgena, radu i czynniki chemiczne. Te wszystkie czynniki mogą wywołać, jak wiadomo, podobne objawy od rumienia po przez pęcherze do długotrwałych owrzodzeń. Na czoło tych wypadków wysuwają się poparzenia, wywołane przez ciała stałe, płyny i gazy, a ich częstość waha się w granicach od 9 do 12% ogółu uszkodzeń zawodowych skóry.

Wedle statystyki Weidenfelda, na 1200 zawodowych chorób skóry było 100 poparzeń, przyczem przodowali piekarze i odlewacze (giserzy). Mniejsze znaczenie dla ochrony pracy

[1]) Wykład wygłoszony na konferencji lekarzy fabrycznych w Instytucie Spraw Społecznych w Warszawie i Lw. Tow. Lek. we Lwowie w maju 1935.

mają odmrożenia, powstające przedewszystkiem u robotników dziennych. Nieobojętne jest działanie promieni słonecznych, powodujące u robotników dziennych, rolników i rybaków porażenie słoneczne, opryszczki krowiankowate, liszaj rumieniowaty, oraz t. zw. skórę zwietrzałą (Seemanshaut), przez szereg badaczy uważane za zmiany przedrakowe (Unna).

Energia promienna (rentgen, rad (mesotorium)) atakuje, jak wiadomo, fizyków, lekarzy, personal pielęgniarski, robotników przemysłu rentgenologicznego i radowego. Od urazów fizykalnych nie odbiegają swą morfologją i kliniką uszkodzenia chemiczne, które we wszystkich gałęziach przemysłu mogą wystąpić pod wpływem kwasów, zasad i soli i tylko niekiedy dają obrazy charakterystyczne, jak np. charakterystyczne gniazdka ptasie u garbarzy.

Z grupą urazów łączą się ściśle nowotwory zawodowe i niektóre zakaźne choroby skóry.

Łączność nowotworów z urazami daje się wykazać w rozmaitych statystykach od 2,5% do 40,7% przypadków. Łączność urazu z nowotworem zakwestjonował wprawdzie Orth, a po zakończeniu wojny uczyniła to w specjalnych okólnikach najwyższa niemiecka magistratura wojenna, by uwolnić się od t. zw. rencistów nowotworowych. Niemniej jednak wykazuje statystyka powojenna niewątpliwie urazowe nowotwory dochodzące do 20% (Bodin, Honegg). — Kittner stwierdził w statystyce swojej, że na 266 nowotworów skóry w 33% przypadków można było wykazać etjologję urazową. Nowotwory ślusarzy, kowali i kucharek, a wreszcie t. zw. nowotwór kangri u pasterzy kaszmiru, niewątpliwie pozostaje w olbrzymim odsetku przypadków w związku z urazem cieplnym. Urazy świetlne, rentgenowe i radowe są, jak wiadomo, etjologicznie związane z rakiem świetlnym (opis. 1900), rentgenowym (op. 1909) i radowym (1920).

Głośny rak kominiarzy, tkaczy, szewców, parafinowy, dziegciowy, brykietowy, arszenikowy i anilinowy, jest następstwem, jak wiadomo, drażnienia czynnikami chemicznemi skombinowanemi częstokroć z urazami mechanicznemi i cieplnemi. I tak stwierdził Scott w ciągu 22 lat 63 przypadki raka kominiarskiego. Śmiertelność tkaczy angielskich wynosi 11,8% a śmiertelność spowodu nowotworów moszen $^1/_2$%.

Z grupą urazową łączą się schorzenia zakaźne. Uszkodzona skóra to często wrota wejściowe dla banalnych gronkowców i paciorkowców u robotników kanałowych i szmaciarzy, poważniejszej niekiedy róży u lekarzy i pielęgniarskiego personelu, kiły u lekarzy, akuszerek, pielęgniarzy, robotników w hutach szklanych, lub śmiertelnego wąglika u rzeźników, weterynarzy, rakarzy, kuśnierzy, szczotkarzy, a także rękawiczników, szewców i rymarzy.

Nie wolno zapominać, że skórę nieuszkodzoną atakuje gruźlica u lekarzy, weterynarzy i garbarzy — nosacizna u weterynarzy, lekarzy i służby folwarcznej, a olbrzymią grupę grzybic, stwierdza się w rolnictwie u rzeźników i garbarzy.

Najbardziej uwagi godnem ze stanowiska dermatologicznego i najtrudniejszą do zapobiegawczego ujęcia jest alergiczna grupa chorób zawodowych. Niema niemal substancji, któraby nie mogła uczulić skóry ludzkiej, a tem samem utrudnić, a nawet uniemożliwić wykonanie zawodu.

W badaniach moich nad zachowaniem się czynnościowem skóry ludzkiej w przemyśle (Polski Przegląd Dermatologiczny IV. 1933) zmuszony byłem posługiwać się 265 przemysłowymi materjałami toksycznymi, by ustalić właściwego wywoływacza badanego wyprysku przemysłowego u 83 chorych. A ilość ta bynajmniej nie wyczerpała materjałów toksycznych, stosowanych w pracy przez badanych robotników. Niema niemal materjału stałego, lotnego, czy płynnego, stosowanego w przemyśle, czy rolnictwie, któryby w pewnych warunkach nie spowodował uczulenia skóry i dlatego ograniczę się do przytoczenia tylko niektórych bardzo rozpowszechnionych materjałów toksycznych, jak rtęć, która uczula skórę u robotników zajętych przy fabrykacji termometrów, manometrów, barometrów, wyrobów elektrycznych (przerywaczy), lampek elektrycznych, ołowiu u składaczy, odlewaczy (linotypiści), u robotników fabryk akumulatorów, w fabrykach ceramicznych i kafli, arsenu u malarzy i lakierników, benzolu i jego szeregu homologicznego (ksylol) u drukarzy, szoferów, robotników fabryk przetworów gumowych, związków trój- i dwunitrofenoli, w przemyśle amunicyjnym, perfumeryjnym, i farbiarskim, niklu, parafiny, sadzy, smoły i t. d., i t. d. w najrozmaitszych dziedzinach przemysłu.

A więc liczne są schorzenia zawodowe skóry. Od niewinnych uszkodzeń, wywołanych przez ciepło, przez kwasy gryzące, czy też przez czynniki chemiczne, poprzez choroby alergiczne i rozliczne, a niebezpieczne choroby zakaźne, do złowrogich, a obecnie tak aktualnych nowotworów zawodowych — wszystkie one są wyrazem walki ustroju z szkodliwościami, które towarzyszą pracy zawodowej. Schorzenia zawodowe skóry nie należą bynajmniej do rzadkości. Wedle statystyki Chajesa z Ośrodka chorób zawodowych berlińskiej Kasy Chorych, na 3000 robotników niezdolnych do pracy spowodu choroby zawodowej 1759 chorych wykazywało choroby zawodowe skóry, a zatem 53%. Statystyka badacza angielskiego Sybil Overtona stwierdza, że spośród 1934 robotników wykazujących choroby zawodowe w 879 przypadkach zaatakowana była skóra. Statystyka Oppenheima, obejmująca 27.500 chorych skórnych, wykazuje 5.344 chorych z objawami zawodowej choroby skóry. A zatem każda piąta choroba skórna wywołana była przez zawód. W innych statystykach (Galdiner w Edynburgu) cyfra ta dochodzi nawet do 68%.

Zależnie od środowiska w którem badania przeprowadzono, okazuje się specjalnie szkodliwa ta lub inna gałąź pracy. I tak u Oppenheima wysuwają się na plan pierwszy robotnicy dzienni, odlewacze, ślusarze, piekarze i stolarze. W mojej statystyce z lwowskiego Ośrodka chorób zawodowych (Wiadomości Lekarskie V. 1932) wysuwa się na plan pierwszy służba domowa, piekarze, garbarze, malarze, służba szpitalna, składacze i introligatorzy, oraz robotnicy zajęci przy eksploatacji soli potasowej.

Omawiane schorzenia zawodowe ująłem ze względów praktycznych dla dalszych moich rozważań w 4 główne grupy: urazów, z któremi łączą się choroby zakaźne i nowotwory, oraz schorzenia alergiczne. Ze stanowiska ochrony pracy i gospodarstwa społecznego najwybitniejsze znaczenie mają dwie pierwsze grupy. Ochronę pracownika przed uszkodzeniami fizykalnemi, lub chemicznemi, prawodawstwo niemal wszystkich państw ujęło w odpowiednie przepisy i stąd też spośród chorób zawodowych właśnie one są jednym z filarów ochrony bezpieczeństwa pracy. Wobec znanej etjologji i określonego obrazu klinicznego, zapobieganie i leczenie tych schorzeń zawodowych nie napotyka na trudności czy się uwzględni dokładne przepisy bezpieczeństwa pracy w ciężkim przemyśle niemieckim, sięgające 1908 roku czy angielskie z 1913 r. Toteż jest przyczyną, która była powodem tego, że ustawodawstwo zajęło się stosunkowo wcześnie także chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem wąglikiem (na Węgrzech i w Anglji 1905 r., w Ameryce i Niemczech 1910 r., a we Francji w 1912 r.). Kopciuszkiem ochrony pracy pozostały inne schorzenia zakaźne skóry, a więc nosacizna, gruźlica, kiła, świerzb, przedewszystkiem grzybica.

Zapobieganie nowotworom zawodowym jest właściwie *in statu nascendi*, albowiem czas wylęgania, sięgający, wedle Ullmana, od 4 do 15 lat, utrudnia ustalanie warunków powstawania nowotworów, a przedewszystkiem tych stanów skóry, które się obejmuje mianem przemysłowych stanów przedrakowych, i to może też jest najgroźniejszą przyczyną spowodu której zapobieganie nowotworom zawodowym szwankuje nawet w tych krajach, w których higjena pracy wykazuje niezwykły rozwój.

Par excelence kopciuszkiem ochrony pracy są przedewszystkiem schorzenia alergiczne. Ilość alergenów jest w ustawodawstwie polskiem bardzo ograniczona. Wiadomo bowiem, że to ustawodawstwo obejmuje tylko 17 schorzeń zawodowych; wśród substancyj trujących brak w niem takich związków, jak niklu, związków nitrowych, związków aminowych rzędu aromatycznego, siarkowodoru, egzotycznych gatunków drzewa i innych. Ale także poza ustawodawstwem tkwi wina nienależytej ochrony przed schorzeniami alergicznemi, w nieopanowaniu techniki diagnostycznej tych schorzeń tem bardziej, że metodyka sama, wymagająca wielkiego doświadczenia, niekiedy zawodzi, wywołując odczyny nieswoiste. I tak znane jest spostrzeżenie Bernhardta, który u uczulonego na arsenobenzol uzyskał rumień po podaniu białka kurzego lub cielęcego. Powtóre już drobne ilości substancyj toksycznych często wywołują odczyny zapalne, tak jak np. badana przeze mnie laborantka dentystyczna oddziaływała na nalewkę jodową już w roztworze 1/50000, znakomity badacz szwajcarski Bloch, uczuliwszy się eksperymentalnie na pierwiosnki, wywoływał u siebie odczyny przez samo wejście do pokoju, w którym znajdywały się pierwiosnki, Fuss zaś wspomina o chorym uczulonym na nikiel, który oddziaływał na ten metal, gdy przychodził do swej pracy przez sale, w których przeprowadzano roboty galwanizacyjne. Jednym z dalszych powodów trudności rozpoznawczych są t. zw. odczyny grupowe (znane badania Mayera i Sulzbergera) z kliniki wrocławskiej.

Niektórzy badacze zaprzeczają wprawdzie wartości grupowych odczynów. Na podstawie własnego materjału muszę przyznać słuszność szkole wrocławskiej Jadassohna.

Podobnie niektórzy badacze (Steiner) odmawiają wartości odczynowi skóry na większą ilość wywoływaczy. Trudno z tym stanowiskiem się zgodzić, gdy się zważy, że wyprysk

jest wynikiem bardzo złożonego zespołu patogenetycznego i stąd objawy wyprysku występują właśnie wtedy, gdy nie jeden, ale kilka szkodliwych czynników, zadziała. I tak obserwowałem siostrę zakonną, czynną w sali operacyjnej, uczulonej na jodoform, która oddziaływała na jodoform tylko wtedy, gdy równocześnie, stosowaliśmy jako wywoływacza naskórnie jodoform a *per os* podawaliśmy 2% roztwór jodku potasu.

Wreszcie znane są zjawiska, otrzymywania odczynu blisko ogniska chorobowego a innym razem tylko zdala od ogniska chorobowego.

Chorzy zgłaszają się ze schorzeniem tuż, po wystąpieniu objawów chorobowych a niekiedy po wieloletniej chorobie.

Pamiętać musimy o tem, że wyprysk zawodowy powstaje niekiedy z chwilą rozpoczęcia pracy zawodowej a niekiedy po wielu latach. W jednym z moich przypadków po 33 latach (u robotnika cementowego).

T. zw. wyprysk zawodowy nie stoi jednak częstokroć wogóle w związku z zawodową pracą. I tak okazała się wywoływaczem, wyprysku zawodowego u robotnika chemicznego benzyna, ale benzyna, którą chory czyścił swoją kurtę skórzaną. Innym razem stwierdziłem wyprysk zawodowy u robotnicy fabryki tutek a wywoływaczem okazała się nafta, którą chora myła sobie ręce po pracy. Kazuistyki takiej mógłbym przytoczyć bardzo wiele, a po szczegóły czytelnika musiałbym odesłać do pracy mojej o czynnościowem badaniu skóry w przemyśle (Przegl. Dermat. III. 1933).

Zagadnienia tedy zawodowych schorzeń skóry jak z wywodów moich wynika wybijają się na czoło zdrowotności warstw pracujących i stają się zagadnieniem, którem zająć się winni ustawodawca, lekarz, wytwórca i pracownik. Zgodna współpraca tylko tych wszystkich czynników może prowadzić do właściwego opanowania tego ciężkiego zagadnienia, któremu na imię schorzenie zawodowe skóry. Wobec ważności zagadnienia zdawałoby się, że w kierunku zbadania tychże schorzeń, zapobiegania im i leczenia zrobiono u nas w tworzącym się przemyśle wiele. A zrobiono niestety nie wiele.

Ustawodawstwo z r. 1927, 1928 i 1933 ustaliło 17 schorzeń zawodowych i nakazało ich obowiązkowe zgłoszenie. Na ogłoszeniu jednak tychże dekretów właściwa akcja się skończyła. Jako dowód posłużyć może fakt, że wedle okólnika Zakładu Ubezpieczeń na wypadek choroby z dnia 7. IX. 1934 zaledwie 48 kart rejestracyjnych otrzymał tenże Zakład za cały rok 1933, a 20 za pierwsze półrocze 1934. Co jest przyczyną tego?

Chory niezainteresowany zgłoszeniem niewywiera odpowiedniego nacisku na władze administracyjne, ani lekarzy w kierunku zgłoszenia ich schorzenia, lekarz zaś ze schorzeniami zawodowemi naogół mało obeznany, nie mając pozatem warsztatu, w którym mógłby ustalić związek między schorzeniem a zawodem, przyjmuje etjologię niezawodową i stąd jesteśmy tym szczęśliwym krajem wolnym właściwie od chorób zawodowych, czego dowodem jest szczegół przeze mnie już gdzieindziej podniesiony, że podczas gdy jeden ośrodek chorób zawodowych miasta Berlina wykazał za rok 1928 3.000 chorych z objawami choroby zawodowej, to statystyka polska w tym samym czasie na całe województwo lwowskie wykazała zaledwie 4, uprzemysłowione województwo białostockie 3, a tylko województwo łódzkie 50 przypadków chorób zawodowych.

Stosunki te nie zmieniły się i obecnie. Oto według udzielonego mi łaskawie zestawienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zarejestrowano ogółem chorób zawodowych we wszystkich Ubezpieczalniach polskich w roku 1933 54 przypadków, a w roku 1934 58 przypadków, skórnych zaś schorzeń zawodowych było wśród nich w roku 1933 27 przypadków, a 28 w roku 1934.

Brak nam warsztatów badawczych. Ani na jednej wyższej Uczelni polskiej niema wykładowcy chorób zawodowych, wykłady zaś organizowane przez Państwową Szkołę Higieny, stojące zresztą na bardzo wysokim poziomie, mają charakter raczej teoretyczny. Brak opracowań naukowo-lekarskich poszczególnych gałęzi naszego przemysłu, czego dowodem, że nawet przemysł naftowo-parafiniarski, którym się tak bardzo szczycimy nie otrzymał dotychczas przepisów, tyczących się bezpieczeństwa i higjeny pracy. I stąd dotychczasowe dekrety w sprawie ochrony pracy pozostały częstokroć zarządzeniem papierowem.

Zagadnienie schorzeń zawodowych skóry jest zagadnieniem pilnem i wymaga załatwienia i to załatwienia zasadniczego. I stąd właściwie zawcześnie jeszcze mówić o załatwieniu tego zagadnienia na tym, lub owym terenie, we fabryce wielkiej, czy warsztacie rękodzielniczym.

Zagadnienie to załatwione może być na drodze ustalenia leczenia zawodowych chorób skóry i ich zapobiegania. Lecznictwo winny ująć w swe ręce Ubezpieczalnie przez utworzenie ośrodków o charakterze zlikwidowanego ośrodka chorób zawodowych Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie.

Ośrodki takie o charakterze przychodni, lub też stacyj obserwacyjnych, przy istniejących szpitalach winne być zorganizowane w Warszawie, Łodzi, Krakowie, Katowicach, Poznaniu, Wilnie i Lwowie. Wysuwam postulat łączenia tych ośrodków z Ubezpieczalniami z licznych powodów, przedewszystkiem dlatego, ponieważ w Ubezpieczalniach bliższe i łatwiejsze jest zetknięcie się z warsztatami pracy, większa możność zapoznania się z metodami pracy i stąd też większa łatwość w ustalaniu etjologji schorzeń i ich lecznictwa i normowania warunków pracy.

Uzasadnieniem tego stanowiska może być mój przypadek 75 z pracy badań czynnościowych skóry, w którym u piekarza, pobierającego przez lata zasiłki, wykryłem wywoływacza, przez stosowanie materjału jego własnej pracowni i to w sposób, jaki je w swym własnym warsztacie stosuje.

Przypadek ten uzasadnia także moje stanowisko co do organizacji ośrodków regjonalnych, gdzie jest łatwiejsze uzyskanie swoistych alergenów i łatwiejsze jest zapoznanie się z metodami pracy.

Pozatem łatwiejsza byłaby w Ubezpieczalniach egzekutywa wydanych zarządzeń zarówno co do pracowników, jak i pracodawców. W regjonalnych też ośrodkach łatwiejsza byłaby praca badawcza, o czem do pewnego stopnia przekonać się mogłem w czasie prowadzenia lwowskiego ośrodka chorób zawodowych.

Jednakże poza leczeniem ma znaczenie i zapobieganie. Zapobieganie schorzeń skóry winno zdążać przedewszystkiem w jednym kierunku, w kierunku uświadamiania i uświadamiania zarówno lekarzy, jak inżynierów, pracodawców i robotników. Uświadamianie lekarzy winno iść drogą dermatologicznych klinik uniwersyteckich, które akcję tę powinny prowadzić wśród młodzieży, oraz ośrodków zawodowych chorób skóry, które powinny przeprowadzać regionalne kursa dokształcające przedewszystkiem dla lekarzy fabrycznych, powtóre dla wszystkich lekarzy, stykających się z warstwami pracującemi na danym terenie.

Uświadamianie inżynierów winno być przeprowadzone w wyższych i średnich szkołach technicznych przez kwalifikowanych wykładowców lekarskich, którzyby pouczali przyszłych kierowników zakładów przemysłowych i większych gospodarstw rolnych o potrzebie dostosowania urządzeń fabrycznych do potrzeb higjenicznych pracowników, o istocie chorób zawodowych i o konieczności współpracy z kwalifikowanym czynnikiem lekarskim.

Uświadomienie winno objąć pracowników zwyczajnych, czy to w zawodowych szkołach dokształcających, czy to w większych warsztatach fabrycznych i zakładach przemysłowych; tę pracę uświadamiającą winni przeprowadzić specjalnie do tego celu przez Ubezpieczalnie stale delegowani dermatologowie, należycie obeznani ze schorzeniami zawodowemi, którzyby mogli w odstępach 3-miesięcznych przeprowadzać równocześnie perjodyczne badania w celu wykrycia początkowych objawów schorzeń zawodowych i skierowania ich do ośrodków, dla ustalenia istoty schorzenia i normowania warunków pracy.

Zdajemy sobie wszyscy jasno sprawę ze znaczenia ochrony pracy. Wiemy wszyscy, że nietylko względy humanitarne nami kierują, ale także chęć wprowadzenia pewnych oszczędności do gospodarki społecznej. Ochrona taka leży zatem w interesie Państwa, pracodawcy i pracownika. Ochronę tę normować możemy ustawami, ale pamiętać należy, że nawet najwyraźniejsze ustawy i najsroższe przepisy nie uchronią robotnika przed wypadkiem, lub schorzeniem, jeżeli on sam nie zechce ochronić się przed nim. Robotnik ochroni się zaś przed niemi wtedy, gdy schorzenia te zrozumie. I stąd pierwszym warunkiem zapobiegania zawodowym schorzeniom skóry, to ich poznanie, poznanie ich częstotliwości, grozy i możności ochrony. Zrozumienie to okazać winny przedewszystkiem sfery lekarskie, sfery techniczne i to wśród sfer lekarskich i robotników. O to zrozumienie powinniśmy wszcząć walkę i podjąć i zorganizować należytą akcję, a wtedy rozwiążemy napozór trudne zagadnienie ochrony warstw pracujących przed schorzeniami zawodowemi skóry, a gospodarkę naszą społeczną przed niepotrzebnemi stratami.

W statystyce chorób zawodowych nastąpi wtedy niewątpliwie pogorszenie, ilość chorób zawodowych w Polsce się zwiększy, przestaniemy być krajem o najmniejszej ilości chorób zawodowych, podniesiemy jednak zdrowotność warstw pracujących, która w statystyce przedstawia się korzystnie a w rzeczywistości jest katastrofalną.

Dr. Mieczysław SZAJNA. Sekund. Szpitala. Kołomyja.

Praktyczna próba wykazania obecności indykanu w moczu.

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr. Stanisław Kaliniewicz.

Od kilku lat wykazuję obecność indykanu w moczu w sposób następujący: do 10 cm³ moczu dodaję równą ilość stężonego, chemicznie czystego kwasu solnego. Do tej mieszaniny dolewam ostrożnie po ściankach próbówki 2—3 cm³ 3% wody utlenionej tak, że powstają dwie wyraźnie odgraniczone warstwy — mieszaniny kwasu solnego z moczem oraz wody utlenionej. Następnie poruszam delikatnie próbówkę ruchami wahadłowemi, by obie wymienione warstwy zmieszały się na grubość około 3 cm³. W razie obecności indykanu ta warstwa pograniczna barwi się na kolor błękitny; w zależności od ilości indykanu — od całkiem jasnego błękitu do niemal czarnej barwy.

Próba, której zasada jest taka sama, jak innych prób z utlenianiem indoksylu na błękit indygowy, jest bardzo prostą, wyraźną oraz pozwala na dość rozległe różnicowanie ilości indykanu w moczu. Prawidłową ilość indykanu w moczu poznajemy wtedy, gdy warstwa graniczna jest ledwie widocznie zabarwiona na kolor niebieski. Silniejsze zabarwienia znaczymy krzyżykami, i tak od jednego do pięciu (ciemny błękit, omal czarny).

Największe ilości indykanu znaleźliśmy w moczu w durze brzusznym, w skrętach jelit, w nawykowem zaparciu stolca, w dyspepsjach żołądkowo-jelitowych.

Doc. Dr. Józef SZYMANOWICZ. Kraków.
Ordynator Oddz. Ginekolog.-Położniczego Szpit.
św. Łazarza w Krakowie.

Gruczolistość pozaszyjkowa macicy (adenomyosis externa) w przebiegu ciąży, porodu i połogu.

Gruczolistość *(adenomyosis)* jest dzisiaj jednostką chorobową, jeżeli nie coraz częściej spotykaną, to w każdym razie sprawą, którą ze względu zarówno na pochodzenie, jak i leczenie zajmuje się w ostatnich czasach cały szereg autorów (z polskich Mączewski, Seidler, Szymanowicz, Wiczyński, Załeski, Zubrzycki).

Zagadnienie to nie zostało jednak dotychczas rozstrzygnięte i tak przyczyna powstania, jak i sposób leczenia oczekują na właściwe rozwiązanie.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegania stosunkowo dużej ilości przypadków tego cierpienia, czyto w postaci torbieli smołowych, czy też w postaci guzów pozaszyjkowych, które były leczone operacyjnie.

Między temi właśnie przypadkami były dwie chore z których jedna po próbnym wycinku stwierdzającym gruczolistość pozaszyjkową zaszła w ciążę, donosiła ją i urodziła na czasie żywe dziecko, druga zaś, przebyła wyjęcie torbieli smołowej lewostronnej, zaszła w ciążę i również urodziła na czasie siłami natury żywe dziecko.

Z tych dwóch przypadków więcej wzbudza zaciekawienia przypadek pierwszy, zwłaszcza ze względu na przebieg porodu i zachowanie się guza gruczolistości pozaszyjkowej.

Opis choroby osoby tej przytaczam poniżej:

J. G., lat 41, zamężna od 2 lat, przebyła w dzieciństwie błonicę. Pierwsza miesiączka w 14 roku życia, następne dość regularne co 4 tygodnie, 4—5 dni trwające, miernie obfite, niebolesne.

W lutym 1933 r. zgłasza się z nieregularnemi krwawieniami z części rodnych, występującemi zwłaszsza po spółkowaniu. Badaniem zewnętrznem stwierdza się osobę niskiego wzrostu, bladą, miernie odżywioną. Ciepłota, tętno, parcie krwi w granicach prawidłowych. Drugorzędne cechy płciowe prawidłowe. Odczyn W-a ujemny. Mocz bez zmian.

Wejście do pochwy i sama pochwa prawidłowe, część pochwowa stożkowata zwrócona ku tyłowi. W sklepieniu tylnem wyczuwa się wyrośl wielkości opuszki palca, spoistości dość twardej, usadowioną na szerokiej szypule przechodzącej przez sklepienie tylne pochwy w naciek pozaszyjkowy, twardy, nieruchomy, idący od tylnej ściany szyjki macicznej ku przedniej ścianie prostnicy i z nią wiotko zrośnięty. Naciek ten jest niebolesny, wielkości mniejwięcej jaja kurzego, o granicach nie dających się ściśle określić. Trzon macicy przodozgięty, przodopochylony, wielkości i kształtu prawidłowego, przydatki bez zmian.

Badaniem przez kiszkę stolcową wyczuwa się wyżej opisaną zmianę, przyczem nadmienić należy, że błona śluzowa prostnicy nie przedstawia zmian i na guzie jest przesuwalna.

Badaniem we wzierniku dostrzega się wyżej opisany polip zwisający z tylnego sklepienia pochwy, o zabarwieniu sinoczerwonem, powierzchni groszkowanej, nierównej, pokryty gdzieniegdzie strzępkami nekrotycznemi. Przy poruszeniu gazikiem polip łatwo i dość obficie krwawi. Otoczenie podstawy polipa blade, pozaciągane.

Przypuszczano już na podstawie tego badania gruczolistość pozaszyjkową, przebijającą się przez tylne sklepienie do pochwy, wobec tego wykonano wycinek próbny wyjmując w całości opisaną wyrośl i wycinając klinowato dość głęboko (około 2 cm) przez sklepienie pochwy naciek pozaszyjkowy. Miejsce wycinka zaopatrzono szwami katgutowemi.

Wyniki badania drobnowidowego wykonanego w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. potwierdziły nasze przypuszczenie dając rozpoznanie: *„Adenomyosis"* (Prof. Ciechanowski).

U chorej tej mieliśmy zamiar wykonać zabieg doszczętny, lecz chora zgłosiła się dopiero w kwietniu 1934 podając, że czuła się zupełnie dobrze przez cały powyższy okres, straciła upławy i krwawienie, które dawniej miała, jedynie niepokoi ją brak miesiączki od trzech miesięcy, pozatem brak łaknienia i nudności w ostatnich czasach.

Badaniem stwierdza się klej w sutkach, zasinienie przedsionka i pochwy, oraz rozpulchnienie śluzówki pochwy oraz części pochwowej macicy, kulistość i powiększenie macicy, odpowiadające ciąży dwumiesięcznej. Najważniejszym jednak jest fakt, że rana po wycinku w tylnem sklepieniu pochwy jest zupełnie wygojona ale wyżej opisany naciek pozaszyjkowy nie zmienił swojej postaci.

Wobec istnienia ciąży, wybór dalszego leczenia byłby niesłychanie trudny, gdyby nie stanowcze postanowienie chorej, która na żaden zabieg operacyjny nie zgodziła się, chcąc za wszelką cenę donosić ciążę.

Dalszy przebieg ciąży był zupełnie prawidłowy. W ostatnich dwóch miesiącach nieznaczne podwyższenie parcia krwi (do 140 mm Hg) i ślad białka w moczu, bez składników nerkowych. Chora przytyła i podmiotowo czuła się lepiej, aniżeli w ostatnich czasach przed ciążą.

W przebiegu ciąży nie stwierdzono powiększania się guza gruczolistości, przeciwnie wydawało się, że naciek ten jakby pomniejszył swoje wymiary.

Początek porodu na czasie, z końcem listopada 1934. Poród spowodu dość słabych i rzadkich bólów przeciągał się nieco ponad normę, tak że po 38 godzinach jego trwania wobec wyczerpania rodzącej, przy istniejących warunkach ukończono go przy pomocy kleszczy wychodowych i urodzono płód żywy, płci męskiej, wagi 3400 g.

Nadmienić tutaj wypada, że w czasie badania wewnętrznego w toku porodu nie stwierdzono żadnych z poprzednio opisanych zmian pozaszyjkowych.

Przebieg połogu był zupełnie prawidłowy, zwijanie się macicy dobre, w dwunastym dniu po porodzie położnica opuściła szpital w zupełnie dobrym stanie przedmiotowym i podmiotowym. W dniu wyjścia ze szpitala przebadano wewnętrznie położnicę i ze zdumieniem stwierdzono, że z nacieku nowotworowego który przedtem jeszcze w czasie pierwszej połowy ciąży można było dobrze wybadać, jako twór wielkości mniejwięcej jaja kurzego, nie stwierdza się obecnie ani śladu.

Również interesujące dla nas było zachowanie się nowotworu po upływie kilku miesięcy od porodu. W lutym b. r. przebadano ponownie wspomnianą osobę i nie stwierdzono żadnych zmian pozaszyjkowych.

Przypadek powyższy należy do *bardzo nielicznych,* podobnych opisanych, a spowodu długotrwałego spostrzegania i bezwzględnie pewnego rozpoznania rzuca niezmiernie interesujące światło na to schorzenie, tak pod względem patogenezy jak *zależności sprawy od wpływu ciąży jakoteż gruczołów wewnątrzwydzielniczych* na przebieg omawianego schorzenia. Czy odgrywa tu znaczenie sama ciąża, czy też związane z nią zmiany wewnątrzwydzielnicze trudno rozstrzygnąć. Jakie zaś gruczoły wewnątrzwydzielnicze odgrywać mogłyby tutaj najważniejszą rolę, nie da się na podstawie nielicznych narazie spostrzeżeń odpowiedzieć. Wydaje się, że *zmiana stosunku ilościowego hormonu pęcherzykowego do hormonu przedniego płata przysadki i do hormonu ciałka żółtego* ma tutaj *zasadnicze znaczenie.* Nie da się jednak wykluczyć, że i inne gruczoły dokrewne odgrywają tutaj niepoślednią rolę.

Wniosek bezpośredni, który się narzuca na podstawie przedstawionego przypadku będzie miał niezmiernie ważne znaczenie

dla leczenia gruczolistości. Przypadek ten poucza nas, *że z doszczętnem wyjmowaniem nacieku wraz z macicą i przydatkami nie należy się zawsze spieszyć, gdyż zajście w ciążę, o ile ono jest możliwe, może doprowadzić do samowyleczenia sprawy.*

Należałoby również na podstawie powyższego doświadczenia przypadki podobne próbować leczyć środkami hormonalnemi, przedewszystkiem zaś ciałkiem żółtem.

Drugi przypadek wspomniany w niniejszem doniesieniu jest o tyle mniej zajmujący, że dotyczy chorej, której usunięto guz smołowy jajnika lewego wraz z jajowodem, a chora w pół roku po zabiegu zaszła w ciążę i urodziła na czasie.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

W numerze niniejszym umieszczamy korespondencje, otrzymane od Drów Wielawskiego i Winiarza, którzy w trzyletniej podróży po Azji, w szczególności po Persji, Chinach i Japonji, zaznajamiali się bliżej ze stosunkami i urządzeniami zdrowotnemi tychże krajów i obecnie w toku tej podróży dzielą się swemi spostrzeżeniami z Czytelnikami Polskiej Gazety Lekarskiej.

Na marginesie trzechletnich studjów w Azji.

Kiedy po trzech latach studjów psychologji i psychopatologji ludów Azji kończyliśmy nasze obserwacje w Tokjo, postanowiliśmy wyjechać na północ Japonji, na wyspę Hokkaido, gdzie żyje jeszcze kilka tysięcy Ainu, przedhistorycznych mieszkańców Japonji. Mieliśmy sposobność zetknąć się z tymi ludźmi, którzy do dzisiaj utrzymali pierwotny ustrój, zwyczaje i wierzenia religijne. Tutaj jeszcze raz zbliżyliśmy się do problemu asymilacji cywilizacji zachodniej, z którym zetknęliśmy się już przedtem w Persji, Indjach, Chinach i ostatnio w Japonji.

Wydało nam się słusznem, że badanie neuroz i psychoz wśród tych ludzi, może wyjaśnić pewne trudności, na jakie napotyka asymilacja cywilizacji zachodniej na Wschodzie.

Kraepelin, podróżując po krajach Azji, uważał za mało prawdopodobne, aby różnice w częstości i postaciach występujących psychoz można wyjaśnić różnicami klimatu. Przychylał on się raczej do opinji, że suma warunków życia może mieć wpływ bardziej rozstrzygający.

Nasze obserwacje skłaniają nas do poglądu, że, biorąc pod uwagę ogromne różnice psychologiczne między Wschodem a Zachodem, należy je przypisać w małym stopniu wrodzonym różnicom rasowym, raczej należy je tłómaczyć przedewszystkiem różnicami w wychowaniu.

Niedawno, oficjalne czynniki państwowe w Chinach oraz *Academia Sinica* usiłowały przeprowadzić badania inteligencji dzieci szkolnych według wzorów Binet-Simon. Ze względu na odmienne warunki miejscowe, gdzie dzieci uczą się nie liter, ale t. zw. charakterów pisma chińskiego, które są archaicznem ideograficznem wyrażaniem myśli, trzeba było oryginalne wzory zmienić i przystosować do danych warunków chińskich. Te zmiany i mogące stąd wynikać nieścisłości, najlepiej przekonują nas o trudnościach wszelkich pomiarów i standaryzowania ogólnego na jednej płaszczyźnie inteligencji dzieci w różnych krajach Wschodu w przeciwstawieniu do Zachodu.

Zasięgaliśmy opinji nauczycieli wykształconych w krajach zachodnich Europy, czy Ameryki, a pracujących w szkołach różnego typu na Wschodzie. Opinje nauczycieli potwierdziły nasze przypuszczenie, że jeśli chodzi o różnice umysłowe, to zaznaczają się one nieco wyraźniej dopiero u starszych dzieci. Doświadczenia naukowej ekspedycji japońskiej w 1934 roku na Hokkaido, celem badania prymitywnych Ainu, a szczególnie praca profesora Nagai (Cesarski Uniwersytet w Tokjo), pozwalają na wypowiedzenie wniosku, potwierdzającego powyższe przypuszczenie. Według wykresów prof. Nagai, różnice w reakcjach psychicznych między Japończykami i Ainu są znacznie wybitniejsze wśród dorosłych, tak mężczyzn, jak i kobiet. Natomiast różnice między dziećmi japońskiemi i Ainu są nieznaczne. Badania prowadzono na około 400 dorosłych Ainu i około 200 dzieciach.

Imu, psychonerwica, występująca wśród kobiet Ainu, pojawia się również wśród kobiet japońskich, które w dzieciństwie zostały adoptowane przez rodziny Ainu i wśród nich wychowane. Natomiast nie występuje nigdy wśród Japończyków, wychowanych w warunkach odmiennych. To samo odnosi się do t. zw. Meriaczenie (Tokarski), występującego na Syberji wśród Jakutów i Buriatów, na którą to chorobę zapadają również współżyjący z nimi Rosjanie.

Prace Cannona udowodniły, że ciśnienie krwi wzrasta w stanach emocjonalnych, związanych z uczuciem strachu, głodu, bólu i gniewu. Drobna ilość adrenaliny zostaje z nadnerczy wydzielona do obiegu krwi. Następuje zwężenie naczyń obwodowych, krzepliwość krwi wzrasta, zwiększa się odporność mięśni na wysiłek, rozszerzają się oskrzeliki i zwiększa się ilość dekstroz w obiegu krwi. W ten sposób zwierzę, które musi uciekać lub walczyć, uzyskuje większą zdolność przystosowania.

Cannon i Fiske przeprowadzili badanie moczu u członków drużyny piłki nożnej po zawodach i w dwunastu przypadkach stwierdzono cukier (pięć przypadków cukromoczu stwierdzono u graczy rezerwowych, którzy nie brali udziału w grze i jeden przypadek cukromoczu stwierdzono u podnieconego gracza). Następnego dnia badanie na cukier wypadło ujemnie.

Podobne wyniki uzyskano w przypadkach innych wysiłków, jak np. w czasie egzaminów.

Ciśnienie krwi wzrasta w momentach, kiedy organizm musi być gotowym do obrony i stąd możnaby wyprowadzić wniosek, że w nagle zmieniających się warunkach, zwiększa się zdolność adaptacji.

Zebrane przez nas dane statystyczne co do ciśnienia krwi, wykazują różnice w ciśnieniu krwi między mieszkańcami Azji z jednej strony, a Europy i Ameryki z drugiej strony.

Ciśnienie krwi u osobników zdrowych, tego samego wieku, wzrostu i wagi, jest niższe na Wschodzie, niż na Zachodzie.

Różnice klimatyczne nie wyjaśniają dostatecznie różnic w ciśnieniu krwi. Mimo ogromnych różnic klimatycznych między Kantonem a Pekinem, tak pod względem ciepłoty jak i wilgotności, mieszkańcy obu tych okolic mają ciśnienie krwi podobnie niskie.

Statystyki P. U. M. C. *(Peiping Union Medical College)* podają, że ciśnienie krwi mieszkańców Pekinu nie waha się w zależności od pory roku. Można dodać, że z wyjątkiem gorącego, wilgotnego lata, klimat północnych Chin jest suchy i zimny.

Amerykanie, przybyli na kilkuletni pobyt do Północnych Chin, wykazują przeważnie spadek ciśnienia krwi. Przyjmując, że mieszkają w podobnych warunkach klimatycznych i żywią się identycznie, jak u siebie w kraju, zmiany w ciśnieniu krwi nie można dopatrywać się w zmienionych warunkach odżywiania i klimatu. Natomiast, znając spokojny tryb życia tych ludzi w Chinach i wiedząc, że wogóle warunki pracy Europejczyka, czy Amerykanina na Wschodzie są łatwiejsze, niż na Zachodzie, przypisujemy zmiany w ciśnieniu krwi przedewszystkiem stanom psychicznym, związanym ze zdolnością przystosowania się do zmienionych warunków.

Znane są obserwacje, prowadzone w czasie wojny, że żołnierze w czasie walki, szczególnie w piechocie, mieli wyższe ciśnienie krwi, niż ich koledzy z tego samego pułku, będący w rezerwie za linją bojową. Podwyższone ciśnienie szybko obniżało się, gdy żołnierzy przenoszono poza linję bojową (J. Fraser i E. M. Cowell).

Obserwacje Mc Cay'a przemawiają przeciw wpływowi klimatu na ciśnienie krwi, gdyż Europejczycy, żyjący w Kalkucie (Bengal), nie wykazywali niskiego ciśnienia krwi (przeciętnie 115—130 mm rtęci). Podczas gdy badanie 500 Indjan z Bengalu, w wieku 20—25 lat, wykazało przeciętne ciśnienie poniżej 100 mm rtęci. Można dodać, że Europejczycy w Bengalu żyją w warunkach trudnych, narażeni na konflikty związane z położeniem politycznem.

U Chińczyków, przybyłych na studja do Stanów Zjednoczonych Ameryki Płn., stwierdzono podwyższenie ciśnienia krwi. Ci nowoprzybyli studenci mają do zwalczenia trudności psychiczne, związane z przystosowaniem się do odmiennych warunków miejscowych.

Systematyczne badania ciśnienia krwi u naszych chorych neurotyków w Chinach przekonało nas, jak bardzo zmienną jest wysokość ciśnienia krwi w zależności od stanu psychicznego.

* * *

W myśl poglądów psychoanalitycznych uważamy, że najważniejsze dla wykształcenia psychiki są pierwsze lata dzieciństwa, przyczem w tych latach jest największy bezpośredni wpływ matki; wyprowadzamy stąd wniosek, że stanowisko matki jest najważniejszym czynnikiem w kształceniu psychiki dziecka. W późniejszym wieku coraz większy wpływ na wychowanie ma ojciec i nauczyciel. Tutaj wpływ matki staje się bardziej pośredni, zależny od jej stanowiska społecznego i jej stanowiska w rodzinie.

Zależnie od stanowiska społecznego kobiety wywiera ona różny wpływ na męża, a przez to na wychowanie potomstwa. Ze względu na to, że stanowisko społeczne kobiety na Wschodzie i na Zachodzie jest biegunowo różne, to wpływ jej na wy-

chowanie potomstwa jest różny i wydaje nam się, że tem właśnie można objaśnić zasadnicze różnice w psychice ludzi Wschodu i Zachodu.

Matka na Wschodzie jest bardziej pobłażliwa w stosunku do potomstwa, niż matka na Zachodzie. Na Wschodzie okres karmienia piersią jest znacznie dłuższy, niż na Zachodzie. Niekiedy dziecko ssie pierś do piątego roku życia. Późne odstawienie dziecka od piersi można tłumaczyć nie tylko nędzą, ale obawą, że odmówienie dziecku czegokolwiek, jak również szybka zmiana w sposobie odżywiania go, może zaszkodzić. Każdej zmianie na Wschodzie towarzyszy obawa niepowodzenia.

W porównaniu z tym stanem na Wschodzie, matki na Zachodzie przestrzegają regularnego odżywiania, matka przeważnie nie odpowiada na krzyk dziecka podaniem mu piersi bez względu na porę. Malinowski na podstawie swych studjów wśród szczepów żyjących na Melanezji, zwraca uwagę na pobłażliwość matki tubylczej w stosunku do potomstwa, co zmniejsza skłonność dziecka w kierunku przypodobania się matce i uzyskania jej uznania. Na Wschodzie krzyk dziecka zapewnia mu spełnienie wszystkich życzeń i zwiększa uległość matki, zwłaszcza w stosunku do więcej cenionego potomka męskiego. W ten sposób syn staje się w stosunku do matki coraz bardziej agresywny, co w całem jego późniejszem życiu rozstrzyga o stanowisku jego wobec kobiet.

Na Zachodzie jest inaczej; dziecko musi zastosować się do woli matki i raczej stać się uległem.

Późniejsze wychowanie, w miarę tego, jak syn przechodzi pod opiekę ojca i nauczyciela, i w miarę tego, jak wpływ matki staje się mniej bezpośredni, na Wschodzie dąży się do coraz większego ograniczenia swobody myśli i indywidualności. Od dziecka wymaga się maksymum posłuszeństwa, tępi się każdy przebłysk inicjatywy i nie dopuszcza się pod żadnym pretekstem do myśli, że ojciec nie jest istotą najwyższą i nieomylną. Na całym Wschodzie istnieje w różnych postaciach i różnem nasileniu kult przodków. Pozatem, wychowanie dziecka jest pod silnym wpływem dziadka i babki.

Na Zachodzie rozwija się w dziecku inicjatywę i aktywność. Aby stać się wartościowym członkiem społeczeństwa, dziecko wysila umysł w kierunku indywidualności. Posługuje się przytem przedewszystkiem mechanizmem projekcji (O. Rank) i chce otoczenie upodobnić do siebie i w późniejszych stosunkach społecznych z innymi ludźmi jest raczej agresywne i uprawia projekcję. Przeciwnie na Wschodzie i tam, gdzie tylko posłuszeństwo i naśladownictwo starszego pokolenia spotyka się z uznaniem, tam dziecko coraz bardziej rozwija zdolności naśladownictwa. Posługuje się przytem przedewszystkiem mechanizmem identyfikacji (O. Rank), upodabnia się do ojca, czy wychowawcy, i w stosunkach społecznych w zetknięciu z innymi ludźmi jest uległe. Przychodzi okres pokwitania. Dziecko ma się stać człowiekiem dojrzałym. Odtąd nie będzie już żyć wśród rodziny, która zapewniała mu stan niesamodzielności i nieodpowiedzialności.

Instynkt płciowy zmusza go do szukania kobiety-partnera. Zakazy społeczne nie pozwalają na szukanie kobiety wśród rodziny i to jest jeden z najważniejszych czynników, który go zmusza do oderwania się od dotychczasowego otoczenia. Przedmiot miłości — kobieta z poza rodziny — reprezentuje społeczeństwo. W ten sposób miłość i zainteresowanie (*libido* — Jung) młodego człowieka odrywa się od rodziny i przenosi się na społeczeństwo.

Temu biologicznemu procesowi towarzyszy zmaganie się z tęsknotą za minionem dzieciństwem. Następuje trudny okres przełomowy, związany z biologicznem współzawodnictwem o kobietę. Ten okres przełomowy przedstawia się inaczej na Wschodzie, niż na Zachodzie. Z jednej strony, poniżona kobieta Wschodu nie jest dostatecznym bodźcem do pokonania trudności i współzawodnictwa. Z drugiej zaś strony, rodzina czyni wszelkie wysiłki, aby młodego człowieka zatrzymać przy sobie i przedłużyć stan dotychczasowy. Rodzina w Japonji i Chinach, a władze kastowe w Indjach, zmuszają młodego człowieka do stosowania się do tradycji i woli starszego pokolenia. I wreszcie bardzo ważnym czynnikiem jest wczesne małżeństwo, które daje młodemu człowiekowi przedwcześnie i bez walki zdeprecjonowany sukces.

Charakterystycznem jest, że ograniczenia społeczne na Wschodzie są znacznie słabsze w stosunku do pewnych zboczeń instynktu płciowego (masturbacja, homoseksualizm).

* * *

Nasze obserwacje w Persji, Indjach i Chinach, nasze doświadczenia z chorymi neurotykami w Chinach, oraz obserwacje szkoły psychoanalitycznej profesora Marui w Japonji (cesarski uniwersytet w Sendai), skłaniają nas do przyjęcia, że przywiązanie do ojca (*father-attachment*) jest znacznie silniejsze na Wschodzie, niż na Zachodzie i jest częściej spotykanem w psychopatologji Wschodu, niż Zachodu. Przywiązanie do matki (*mother-attachment*) zaznacza się na Wschodzie w słabszym stopniu, niż na Zachodzie.

Jeżeli zainteresowanie (*libido* — Jung) młodego człowieka, utrwalone wśród rodziny, nie może przenieść się na społeczeństwo, utrudnia to w przyszłem życiu szybkie przystosowanie się do zmienionych warunków spowodu trudności w przenoszeniu zainteresowania (*libido* — Jung) z sytuacji jednej na drugą.

Ludzie na Wschodzie wykazują małe rozwinięcie uczuć i zainteresowań społecznych. Na całym Wschodzie przeważa typ psychologiczny introwertów (Jung). Temu typowi psychiki odpowiadają też systemy filozoficzne i religijne Wschodu.

„Pustelnik odwraca się plecami do tego świata; nie chce z nim mieć nic wspólnego. Ale można dokonać czegoś więcej, można świat przebudować"... (Freud).

Na Wschodzie Hindusi szukają drogi ucieczki od życia. Chińczycy żyją w warunkach takich, jakie zastali i rezygnują z wysiłków, dążących do zmian. Zachód zmienia świat i warunki życia stosownie do swoich wymagań. Wydaje nam się, że wyższość cywilizacji zachodniej polega na ekstrowersji i związanej z nią większą i szybszą zdolnością dostosowania się do zmienionych warunków.

Nie rozróżniamy odmiennych kultur, czy cywilizacyj. Uważamy je jedynie za różne postacie biologicznego postępu ludzkości. Ten biologiczny postęp ma na celu coraz lepsze przystosowanie się do otaczających warunków i do większych grup ludzkości. Kiedy na Cejlonie zetknęliśmy się z zagadnieniem wymierających dzikich plemion Wedów, uderzyło nas, że wymierają one mimo opieki i ochrony ekonomicznej ze strony władz. Podobnie ma się sprawa w Japonji, z nielicznemi szczepami Ainu. Wydaje nam się, że trzeba to uważać za brak zdolności przystosowania się do zmieniających się warunków. Mogłoby się zdawać, że żaden naród tak szybko i dobrze nie przystosowuje się do nowych warunków, jak Japończycy. Jednak, naszem zdaniem, obserwacja tego rodzaju byłaby zbyt powierzchowna. Japonja ma olbrzymią ilość neurotyków a liczba samobójstw stale wzrasta. W Tokjo, w ostatnich dziesięciu latach liczba samobójstw wzrosła o 50%. Trzeba dodać, że jest to okres najlepszego rozwoju ekonomicznego Japonji. Około 20% samobójców jest w wieku poniżej 20 lat, a około 45% w wieku między 21 a 30 rokiem życia.

Uważamy cywilizację zachodnią za wynik rozwoju uczuć społecznych, które były podnietą do zetknięcia się coraz większych mas ludzkich i pobudzały rozwój środków komunikacji i techniki. W ten sposób narody Europy zetknęły się z coraz większemi grupami ludzkości, zamieszkującemi inne części świata. W ten sposób Europa zetknęła się z Azją.

Konieczność ekonomiczna zmusiła narody Azji do przyjęcia, w mniejszym lub większym stopniu, cywilizacji zachodniej. Przyjęto jednak przedewszystkiem technikę, a rodowy czy kastowy ustrój społeczny pozostał bez zmiany. Ta rozbieżność dwóch kierunków zaznacza się najwyraźniej w Japonji. Tutaj przyjęto technikę Zachodu, która zmusza do życia społecznego w wielkiej gromadzie, która zmusza do wspólnych interesów i do ciągłej wymiany myśli — przytem nie zmienili Japończycy ustroju społecznego i nie rozwinęli uczuć społecznych. Psychika ich się nie zmieniła, pozostali introwertami i zamknięci w sobie mało interesują się otoczeniem. W ten sposób technika i rozwój środków komunikacji nie jest dla nich wynikiem tendencyj, ale czemś narzuconem, zmuszającem do nowej formy życia społecznego.

Młody człowiek, wychowany w systemie rodowym (lub kastowym — jak w Indjach), polega we wszystkiem na autorytecie ojca. Kiedy zaś w późniejszem życiu jest zmuszony do życia w społeczeństwie, zmuszony do samodzielności i przyjęcia pełnej odpowiedzialności za swoje czyny — staje bezradny i tworzy podatny grunt dla rozwoju neurozy.

Piśmiennictwo:

C. G. Jung: Psychology of the Unconscious. N. Y. 1921. — Tenże: Psychological types. N. Y. 1924. — O. Rank: Grundzüge der Genetischen Psychologie. 1927 i 1928. — Cannon: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. 1934. — S. Freud: Das Unbehagen in der Kultur. 1929. — W. A. White: Mechanisms of character formation. 1916. — Tenże: Outline of Psychiatry. — E. J. Kempf: Psychopathology, 1921. — S. E. Jelliffe, W. A. White: Diseases of the Nervous System, 1929. — E. Kraepelin: Psychiatrie, 1909. — A. Adler: The neurotic Constitution, 1917. — D. K. Henderson, R. D. Gillespie: A textbook of Psychiatry, 1930. —

Dubois: Hindu Manners and Customs, 1906. — B. Malinowski: Sex and Repression in Savage Society, London, 1927. — H. D. Lamson: Social Pathology in China, 1934. — J. J. De Groot: The religions system of China, 1894. — R. F. Johnston: Confucianism and Modern China, London. 1934. — P. H. Doré: Manuel des Superstitions Chinoises. — W. W. Cadbury: The Blood Pressure of Normal Cantonese Students. Arch. Int. Medic. Sept. 1922, Vol. 30, 362—377. — C. L. Tung: Physical Measurements in Chinese. Dept. of Medic. Peiping Union Med. Coll. 1928. — Tenże: Blood Press. of Northern Chinese Males. Chin. Journ. of Physiol. 1930, Vol. IV. Nr. 1. 117—130. — Tenże: Relative Hypotension of Foreigners in China. Arch. Int. Medic., Aug. 1927, Vol. 40, 153—158. — Tenże: The Blood Press. of Chinese in China in the United States of America. Chin. Jour. of Physiol., Report Series 1928, Nr. 1. 93—96. — H. Hashimoto: The incidence of hypertension Among Urban Japanese. Annals of Int. Medic., Vol. 7, Nr. 5, Nov. 1933. — C. P. Donnison: Blood Press. in African Native. Lancet, 1929, 6—7. — Mc Cay: a) Lancet, 1. 1483, 1907; b) Scientific Memoirs, Gort. of India. Nr. 34, 23, 1908. — J. Fraser. E. M. Cowell: J. A. M. A., 70, 520, Feb. 23, 1918.

Imu — psychoneuroza występująca wśród Ainu.

W północnej i południowo-wschodniej części Hokkaido, północnej wyspy Japonji, żyją niewielkie grupy Ainu, przedhistorycznych mieszkańców tego kraju. Wedle urzędowych danych, liczba ich wynosi około 10.000, jednak czystych typów Ainu jest mniej.

Budową antropologiczną Ainu przypominają rasę kaukaską. Są niskiego wzrostu, krępi o silnem owłosieniu, pozwalającem na pierwszy rzut oka odróżnić ich od Japończyków o skąpym zaroście.

Przeważa pogląd, że Ainu zamieszkiwali cały obszar obecnej Japonji. Czaszki Ainu, znalezione przez dr. Munro w pobliżu Yokohamy, wskazują na ich dawne siedziby południowe. Język Ainu wykazuje często źródłosłowy, zbliżone do sanskrytu, co mogłoby świadczyć o łączności z grupą aryjską.

Język Ainu niema pisma. Tradycja ustna przekazuje historję. O t. zw. „tuita" (baśnie) pisze Bronisław Piłsudski, że mają one swe źródło w snach, które później, powtarzane z ust do ust, zachowały się do dzisiaj.

Dane archeologiczne i antropologiczne, jakoteż tradycja, wskazywałyby, że Ainu byli w przeszłości ludem koczowniczym, żyjącym z polowania i rybołóstwa. Do dziś nie potrafią przystosować się do pracy na roli, mimo utrudnień rządu japońskiego w kierunku wydawania pozwoleń łowieckich i rybackich.

Rząd japoński wydzielił im terytorja rolne, jednak szybko padli oni ofiarą spekulantów, którzy za bezcen wykupili od nich ziemię. Dzisiaj, powtórnie rząd wydziela im uprawne tereny, ponadto ustanowił prawo, pozwalające na sprzedaż gruntów jedynie za pozwoleniem władz.

Wyspa Hokkaido (Yezo) przedstawia teren górzysty, o ostrych zimach i umiarkowanych latach.

Ainu mieszkają w drobnych skupieniach. Domy ich są podobne do japońskich, drewniane, pokryte słomianym dachem.

Ustrój społeczny jest archaiczny. Według dr. Munro, istnieją wyraźne ślady totemizmu. Pozatem węzły rodzinne są nieco silniejsze po stronie matki, niż ojca. To samo stwierdził Br. Piłsudski wśród Ainu na Sachalinie, gdzie głową rodziny jest brat matki. Mimo to, stanowisko kobiety jest bardzo niskie.

Według dr. Munro, kobiety noszą plecione ze sznura paski, które przepisy religijne zakazują pokazywać mężczyznom. Każdy klan posiada specjalny wzór paska, który jest przekazywany córkom przez matki. Przed zawarciem związku małżeńskiego, kobiety z rodziny narzeczonego kontrolują wzór paska narzeczonej. Gdyby się okazało, że wzór jest taki sam, jak u matki narzeczonego, małżeństwo nie mogłoby się odbyć, gdyż byłoby to uważane za kazirodztwo. Pasek klanowy jest zatem rękojmą czystości związku małżeńskiego.

Paski te stanowią tabu dla mężczyzn Ainu. Tradycja podaje, że są one darem bogów, danym pierwszym kobietom Ainu.

Religja Ainu jest religją naturalną, obfitującą w wiele bożków, kult złych i dobrych duchów i cześć oddawaną siłom przyrody. Jak wszystkie prymitywne ludy, Ainu żyją w ciągłym strachu przed nieznanemi siłami przyrody. Br. Piłsudski podaje, że kiedy kobiety pracują w polu w czasie żniw, nie odważą się mówić o słońcu lub gwiazdach. Mogłyby przypadkiem obrazić te światłości, co spowodowałoby taką ciemność, że nie trafiłyby do domu.

Kapłanów w zwyczajnem tego słowa znaczeniu Ainu nie mają. Istnieją jednak szamani, którzy zapomocą zaklęć, praktyk magicznych i sztuki leczenia mają znaczny wpływ wśród poszczególnych klanów.

Bardzo popularną jest wiara w nadprzyrodzoną władzę węży. Wierzą, że duchy węży wywołują różne choroby. *„Ashtoma Ikombap"* jest jednym z najgroźniejszych. Dr. Munro opowiadał nam, że specjalnie czczonym jest wąż, zwany *„Kinashut Kamui"*. Ainu wierzą, że wąż ten ma władzę wypędzania złych duchów, powodujących chorobę, i sam wchodzi na ich miejsce. Następuje wówczas stan zwany *„Imu"*. Sakaki podaje, że Ainu uważają chorobę za karę węża i skoro zostaną przez węża ukąszeni, oczekują wystąpienia objawów.

Imu jest stanem psychopatycznym.

Dr. Batchelor (autor słownika Ainu) objaśnił nas, że słowo imu oznacza w języku Ainu dosłownie „posiadły", lub opętany. Często chorobę tę nazywają *„Imubacco"*, t. zn. stan imu u starej kobiety, (*bacco* = stara kobieta). Wedle dr. Sakaki, *imubacco* oznacza: stara przestraszona kobieta. Sekiba podaje nazwę *„tocconibacco" (tocconi* = wąż).

Imu jest chorobą starych kobiet. Zapadają na nią jednak, choć rzadko, także młode dziewczęta. Podobno zdarzały się wypadki tej choroby u mężczyzn. Imu występuje wśród Ainu, nie występuje natomiast wśród Japończyków. Jednak dzieci japońskie, adoptowane przez rodziny Ainu i wychowane wśród Ainu, również zapadają na tę chorobę. Imu jest chorobą bardzo popularną. Sakaki, w trzech miejscowościach o łącznej liczbie 1.000 mieszkańców, znalazł dwunastu chorych. Ogólna liczba chorych imu wynosi podobno na Hokkaido ponad sto.

Jaką rolę odgrywa tu dziedziczne obciążenie, trudno ustalić. Trudno jest zebrać potrzebne dane. Gruźlica i kiła są wśród Ainu bardzo rozpowszechnione. Większość mężczyzn używa nadmiernej ilości wina ryżowego (sake); wiele kobiet używa również alkoholu. Małżeństwa wśród krewnych są rzadkie, jeżeli chodzi o pokrewieństwo ze strony matki, więc np. dzieci dwóch sióstr nie mogą się żenić, natomiast małżeństwo wśród dzieci dwóch braci nie jest zakazane.

Podobnie jak w sprawie dziedziczności, tak również dane, dotyczące przeszłości chorych, są bardzo skąpe i niedokładne. Już samo stwierdzenie wieku chorego jest bardzo niepewne. Według Dr. Munro, niektóre z chorych kobiet twierdzą, że pewne objawy chorobowe, spowodu których cierpiały, ustąpiły lub zmniejszył się ich stopień nasilenia, odkąd zapadły na imu. Podobno niektóre chore podają, że ogólne ich samopoczucie jest gorsze, jeżeli nie mają napadu imu przez dłuższy czas, natomiast bezpośrednio po napadzie czują się lepiej.

Wśród dwunastu chorych, które badał Sakaki, w pięciu przypadkach objawy choroby wystąpiły bezpośrednio po ukąszeniu węża, 2 chore dostały pierwszego ataku na widok węża, jedna, pracując w polu, przestraszyła się, słysząc szmer trawy, jakby poruszanej przez pełzającego węża, jedna przeraziła się, kiedy pracując w polu, zobaczyła nagle wielką poczwarkę motyla a w ciągu następnych kilku nocy miewała przerażające sny. Jednej śniło się, że wąż ją ukąsił, a u dwóch nie można było wykryć czynnika wywołującego objawy chorobowe.

Cierpienie imu polega na występujących co pewien czas napadach. Momentami wywołującemi napad jest wszystko co może chorą przestraszyć, szczególnie wymówienie jednego ze słów oznaczających węża (*tocconi, ashtoma icombap* i t. d.), zobaczenie węża lub czegoś co imituje kształt węża. Niekiedy wystarcza nagle głośniej wypowiedziane słowo, ostry ton, słowo wypowiedziane głośniej z emfazą bez związku z prowadzoną rozmową i t. d.

Gdy zadziała jeden z wyżej wymienionych czynników wywołujących, występuje napad imu. Typowy napad wygląda w ten sposób: Chora atakuje otoczenie, używając siły fizycznej i przeklinając. Niekiedy w panice ucieka. Pozatem występują objawy echopraksji, echolalji i echomimji. Zjawia się automatyczna uległość (*Befehlsautomatie*) lub negatywna automatyczna uległość (*negative Befehlsautomatie*).

Chore, w czasie atakowania, zazwyczaj nie są niebezpieczne dla otoczenia. Zdarzają się jednak wypadki, że dotkliwie kaleczą osobę, która je podnieca i przedłuża napad, powtarzając np. słowo *Tocconi* (wąż). Podobnie, jeżeli atakują na rozkaz.

Chore na rozkaz wykonują wszystko bez oporu: np. stara kobieta chodzi po drabinie, albo wkłada ręce do wrzącej wody. Również na rozkaz kobiety tańczą taniec mężczyzn, który w codziennem życiu stanowi dla nich tabu (ruchy w tańcu symbolizują akt płciowy). Tańczą tak długo, aż padną ze znużenia. Negatywna automatyczna uległość (*negative Befehlsautomatie*) występuje zwykle wtedy, jeżeli napad się przedłuża. Profesor Ushimura (Sapporo) podnosi cechy reakcji infantylnej, występujące w napadzie imu.

Oprócz typowych napadów, zachodzą różne postacie napadów poronnych. Kobieta przestraszona w czasie pracy domowej, np. krzykiem, będzie ten krzyk naśladować, albo przez kilka sekund powtarzać ruchy kogoś z obecnych. Sakaki badał chorą, zamieszkałą w miejscowości oddalonej o 80 km od okolicy, skąd pochodziła większość badanych przez niego chorych. U tej chorej nie występowały objawy echopraxis i automatycznej uległości, stąd Sakaki wyprowadza wniosek, że spowodu znacznego oddalenia dwóch miejscowości i innych zwyczajów lokalnych, przebieg imu jest różny.

W czasie napadu chore zwykle zdają sobie sprawę z tego, co robią, jednak nie mogą zapanować nad impulsywnem działaniem. Jeżeli jednak na skutek powtarzania wyrazów wzbudzających atak zostaje przedłużony, to mogą wystąpić silne zaburzenia świadomości.

Po napadzie, chore okazują zwykle zakłopotanie spowodu tego, że nie potrafiły zapanować nad sobą. Między napadami chore zachowują się normalnie i wykonują bardzo dobrze codzienne zajęcia. Psychicznie, zaznacza się zmiana charakteru, polegająca na nadmiernej lękliwości, drażliwości, drobiazgowości i lęku przed ludźmi.

Przebieg choroby jest przewlekły i trwa do końca życia. Otoczenie, zwłaszcza dzieci, drażnią chore kobiety, wywołując częste napady, pogarszają stan chorobowy, który zwykle z początku występuje w znacznie łagodniejszej postaci. Niekiedy chore mieszkają w odosobnieniu, unikając wszystkiego, co mogłoby powodować napady. Znany jest szereg chorób pokrewnych.

Imu zaliczane było dawniej przez niektórych autorów do *tics convulsifs*. Tą nazwą określił Charcot i Guinon zespól objawów, na który składają się pląsawicze ruchy, *coprolalia echolalia* i wyobrażenia przymusowe. W imu natomiast występuje nadmierna lękliwość, *echokinesis* i automatyczna uległość, nie występujące w *maladie des tics*.

Guinon nazywa imu *„tics generaux“*, a Jolly używa nazwy *„tics impulsifs“*.

Wydaje się, że identyczne z imu są: *Latah* (występujące na Jawie i Półwyspie Malajskim); *Meriaczenje* (wśród Jakutów i Buriatów w Syberji Wschodniej; jak również wśród mieszkających tam Rosjan); *Jumping* (wśród czerwonoskórych Indjan Ameryki Północnej); *Ramaneniana* (na Madagaskarze); *Yann* (w Burmie) i *Bah-tschi* (w Sjamie).

O *Latah* pisze Kraepelin, że są to napady automatycznej uległości albo koprolalji, które wyzwala strach. Są one najbardziej zbliżone do histerji. *Latah*, jak również występujące u Malajczyków t. zw. *„Amok“*, nie uważa Kraepelin za odrębną jednostkę chorobową. *„Amok“*, są to stany zamroczenia, w czasie których chorym staje się nagle ciemno przed oczami (*„mata glap“*) i atakują otoczenie. Po napadzie nie pamiętają nic, albo tylko niejasno zdają sobie sprawę z tego co zaszło.

Wśród cierpiących na *„Amok“* znalazł Kraepelin wielu padaczkowych.

Sakaki podaje, że w *Latah* stwierdza się czasem typowe stany kataleptyczne, natomiast nie występują one nigdy w imu.

Meriaczenje opisał pierwszy Hammont. Występuje głównie w okolicach Amur. *Meriaczenje* jest znane w piśmiennictwie amerykańskiem i francuskiem pod mianem *„myriachit“*. Kaschin podaje, że *Merianczenje* występuje niekiedy nagminnie. W roku 1868, był on świadkiem, jak cały oddział kozaków syberyjskich w czasie ćwiczeń zaczął powtarzać rozkazy komendanta zamiast je wykonywać, a kiedy komenderujący oficer począł im grozić i przeklinać, cały oddział powtarzał za nim przekleństwa.

* * *

Tak więc, trzeba wziąć pod uwagę, że Ainu, podobnie jak wszystkie pierwotne ludy, żyją w ciągłym strachu przed siłami natury, że wężc otoczone są szeregiem przesądów, że stan imu jest uważany od wielu pokoleń za stan specjalny o znaczeniu religijno-mistycznem, że kobieta Ainu żyje stale w niewolniczej uległości wobec męża, a uprzywilejowany stan imu jest jedynym okresem, w którym ma ona możność bezkarnie zaatakować mężczyznę.

Imu jest prymitywną postacią reakcji, spowodowaną uczuciem strachu i objawiającą się impulsywnem działaniem, agresywnością, ucieczką, lub postaciami, zbliżonemi do stanów kataleptycznych.

Piśmiennictwo:

E. Kraepelin: Psychiatrie. 1909. — M. Lewandowsky: Handbuch der Neurologie. 1914. — Y. Sakaki: Imubacco — Mitteilungen aus der mediz. facultät der Kais. Univ. zu Tokio. 1903—1905. — Tenże: Imubacco — Neurologja, Band III, Tokio. — Y. Ushimura: Imu — Osaka Mainichi 28. III. i 29. III. 1934. — Batchelor: Ainu — English-Japan Dictionary. — A. Tokarski: Meriatschenje und Maladie des Tics convulsifs. Neur. Zentralbl. Leipzig. 1890. — Rasch: Ueber die Amok-Krankheit der Malayen. Neur. Zentralbl. Nr. 19. 1895. — Bastian: Reisen im Siam im Jahre 1863, Jena 1867. — Br. Piłsudski: Materials for the tSudy of the Ainu Language. Folklore, Cracow 1912. — Munro: Prehistoric Japan 1908. — Tenże: Artykuły w Japan Adventiser: 9. VIII, 11. VIII, 7. IX, 8. IX, 1934.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Praktyczna. Z. 7. 1935. Łobacz St.: Szczepionki a leczenie róży propidonem. — Kwysińska H. i Zahradnik A.: Stosowanie Intractum Digitalis w przypadkach niewydolności serca. — Wiecki Cz.: W sprawie reformy studjów lekarskich.

Pedjatrja Polska. T. XV. Z. 4. 1935. Delikowska J.: Zakażenia „wewnątrz-szpitalne“ i walka z niemi w sanatorjum „Kolonji Leczniczej Dziecięcej im. Rektora dr. med. Józefa Brudzińskiego na Górce w Busku-Zdroju za okres czasu 1929—1934 rok. — Kossakowski J.: Pneumokokowe zapalenie jądra u dwuletniego chłopca. — Baczyński J.: Przypadek ostrego zapalenia otrzewnej na tle dwoinek zapalenia płuc, zakończony pomyślnie. — Kossakowski Z.: Przyczynek do niedrożności przewodu pokarmowego pochodzenia rozwojowego. — Mikołajczykówna M.: Zawartość hemoglobiny we krwi oraz liczba krwinek czerwonych i białych, a odczyn Biernackiego. — Brudnicki E.: O żółtaczce zaraźliwej wieku dziecięcego. — Kon J.: Teoretyczne rozważnia na temat patogenezy coelakji. — Gumiński W.: Zakrzep zatoki esowatej i opuszki żyły szyjnej, jego powstawanie i zejście.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 8. 1935.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 35. 1935.

Wiadomości Weterynaryjne. T. XIV. Nr. 181. 1935.

Prasa Lekarska. Nr. 9. 1935.

OCENY.

Psychoanaliza w praktyce lekarskiej. TADEUSZ BILIKIEWICZ, Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego. Monografje lekarskie dla lekarzy-praktyków. Redaktor Naczelny Doc. Dr. Jakób Węgierko. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap“, Spółka z ogr. odp. Warszawa. 1935. Tom II. Zeszyt 4 (16) Kwiecień.

Monografja Doc. Dr. Bilikiewicza, licząca 31 stron, poświęcona jest wprowadzeniu lekarza-praktyka w tajniki psychoanalizy. Metoda ta skuteczna w psychonerwicach, histerji, neurastenji, psychastenji i niektórych psychozach jak psychoza manjakalno-depresywna, ale stanowczo niewskazana przy paranoi, a problematyczna w schizofrenji — zrodziła się z hipnozy, raczej jako protest przeciwko niej. Leczenie psychoanalityczne trwa od kilku miesięcy (czasem po kilku tygodniach jest piękny efekt leczniczy) zwykle aż do roku, czasem potrzeba więcej jak roku (dawniej zużywano na to do 4 lat). W pierwszych posiedzeniach zapoznaje się chory z metodą, w dalszych ma miejsce właściwe leczenie. Metoda jest żmudna, jest to szperanie w najgłębszych tajnikach duszy i wyławianie z niej szkodliwych dla niej i niepotrzebuych, wypaczających jej życie elementów. Wielkie znaczenie ma interpretacja snów, badanie tą drogą podświadomości. Znaczenie symbolów w snach jest ważne. Dokładne określenie symboliki snów jest bardzo ważnym czynnikiem w psychoterapji. Okazuje on pierwszorzędną ważność sfery płciowej w powstawaniu psychoneuroz. Autor poświęca symbolice snów wielką część swej pięknej pracy. Każdy lekarz powinien zaznajomić się z psychoanalizą, gdyż zaraz inaczej będzie patrzył na wiele pozornie nic nie znaczących, a w istocie bardzo ważnych, a nieraz głównych przyczyn cierpienia.

Świetna monografja Doc. Dr. Bilikiewicza wprowadza Czytelnika znakomicie w ten dotychczas naogół prawie nieznany świat.

Zewnętrzna forma monografji i druk bardzo staranne.

H. Sochański (Lwów).

Migrena i stany pokrewne. HENRYK HIGIER. Monografje lekarskie dla lekarzy-praktyków. Redaktor Naczelny Doc. Dr. Jakób Węgierko. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap", Spółka z ogr. odp. Warszawa 1934. Zeszyt 5 (Maj).

Piękna i bardzo zajmująca monografja; Na 32 stronach zmieścił autor bardzo wiele nader interesujących wiadomości dotyczących migreny i stanów pokrewnych. Spis rozdziałów przedstawia się w sposób następujący: Wstęp. Migrena samoistna i objawowa. Symptomatologja migreny. Równoważniki i odmiany migreny. Główna odmiana migreny ocznej. Patofizjologja bólu głowy w hemikranji. Patologja migreny samoistnej. Klasyfikacja etjologiczno-patogenetyczna migreny. Rozpoznanie różniczkowe migreny samoistnej i objawowej. Przebieg i rokowania migreny. Zapobieganie i leczenie migreny. Stany pokrewne migrenie. Metodyka badania. Klasyfikacja cefalalgji przewlekłej. Rozpoznanie i leczenie nawykowego bólu głowy. Chirurgja stanów pokrewnych migrenie. Orzecznictwo sądowo-lekarskie w chronicznych bólach głowy.

Treść bardzo bogata i opracowana tak interesująco, tak wnikliwie i tak głęboko a zarówno i bardzo praktycznie, iż czytanie tej monografji sprawia Czytelnikowi wielką satysfakcję.

Ustęp ósmy podaje krótko, a mimo to wcale dokładnie klasyfikację etjologiczno-patogenetyczną migreny. Najprawdopodobniejszą wydaje mi się hipoteza Bonna. Ten autor ma zawsze najwięcej słuszności, który patrzy na zjawiska nie jak na zwykłe i proste, ale jak na bardzo złożone, bo takiemi są one zawsze.

Taką jest omawiana hipoteza nader przejrzyście przez autora przedstawiona. Wielka wiedza autora powoduje, że każde zjawisko przy migrenie analizuje krótko, a jednak wcale dokładnie i wytwarza z tego złożony, a mimo to bardzo jasny obraz. Piękną tę monografję przeczyta każdy z zajęciem i wielką korzyścią.

Jeżeli chodzi o cechy zewnętrzne, a mianowicie o wygląd, druk i t. p. przedstawiają się one bardzo dodatnio.

H. Sochański (Lwów).

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1935. Rocznik dziesiąty. Nakład i własność Księgarni Nowości we Lwowie. Str. 831 (w tem 826 stronic właściwego tekstu).

Kalendarz lekarski o utartej sławie. Współudział wybitnych sił autorskich dodaje mu wiele wartości. Ponad 50 działów bardzo skrupulatnie opracowanych. Dział rozpoznawczo-leczniczy i alfabetyczny spis ważniejszych leków zajmują razem ponad 500 stron. Reszta tak bogata we wszelkiego rodzaju wiadomości, że należą się za to tylko słowa największego uznania. Format Kalendarza bardzo wygodny, lekarz może go nosić wygodnie w kieszeni. Druk bardzo staranny, choć drobny, co jest naturalnem następstwem bogatej treści a żądanego małego formatu. Krótki przegląd piśmiennictwa lekarskiego za rok 1934 starannie ujęty, należałoby jednak w tytule podkreślić, że to jest piśmiennictwo wyłącznie zagraniczne. Bo bez tego wygląda to tak, jakgdybyśmy nie mieli własnego, tak bardzo bogatego. Taksamo ma się rzecz z diagnostycznemi próbami chemicznemi. Widnieją przeważnie próby zagraniczne, a mamy tyle własnych i doskonałych. Mamy bardzo duże piśmienictwo, stworzyliśmy wiele metod diagnostycznych, nie chowajmy tego w ukryciu. Oduczmy się wreszcie widzieć wszystko lepsze zagranicą. Miejmy pełny szacunek dla wiedzy zagranicznej, ale ceńmy naszą, jak na to zasługuje. Ta zbytnia skromność powinna ustąpić, a wtedy tak znakomity Polski Kalendarz Lekarski osiągnie szczyt doskonałości, do której bardzo niewiele mu brakuje. Życzę mu dalszego rozwoju, widziałem dawne jego roczniki, mogę więc ocenić, jak szybko przeszedł do wielkiej precyzji, radzę mu jednak, żeby prócz pewnych koniecznych zmian w treści, o których pisałem poprzednio, nie zmniejszał już drobnych rozmiarów druku, bo to będzie dla nie-myopów bądźcobądź niewygodną cechą książki, a szkodą dla tak pięknie zredagowanego, wartościowego i bliskiego bardzo doskonałości dzieła, swego rodzaju, jak Polski Kalendarz Lekarski.

H. Sochański (Lwów).

Directives en pratique médicale. (Wskazówki do praktyki lekarskiej). ANDRÉ JACQUELIN. Paris, 1935, Masson et Cie. Stron XI + 207. Cena 35 fr.

Autor wychodzi z założenia, że inaczej przedstawia się jednostka chorobowa opisana w podręczniku, inaczej w Klinice, a jeszcze inaczej w praktyce lekarskiej, gdzie zazwyczaj ma się do czynienia z objawami bardzo dyskretnemi. Jednak lekarz praktyk powinien dążyć do ustalenia właściwego rozpoznania na podstawie ledwie zaznaczonych objawów, ażeby mógł jaknajwcześniej rozpocząć racjonalne leczenie, lub uchronić chorego przed rozwojem choroby. Ażeby się zorjentować w wielorakich objawach, trzeba znać dobrze „teren chorobowy" czyli typ człowieka chorego. Autor omawia szczegółowo typy ludzkie pod względem morfologicznym, wewnątrzwydzielniczym, neuro-wegetatywnym i psychicznym. Wystarcza badanie kliniczne, dla wprawnego jeden rzut oka, chociaż i badania w pracowni mają swoją wartość w ocenie typu. Istnieją dwie wielkie grupy ludzi: ze skłonością do gruźlicy i ze skłonością do schorzeń „artretycznych". Skłonność do gruźlicy omawia autor z praktycznego punktu widzenia, podkreśla trudności i błędy rozpoznawcze, zaleca życiowe, praktyczne ustosunkowanie się lekarza do chorego, występuje zdecydowanie przeciw teoretyczno-drakońskiemu postępowaniu, uczy rozpoznawać gruźlicę w stadjach początkowych i podaje ich leczenie. Druga część poświęcona jest skłonności do „artretyzmu" z objawami naczynioruchowemi, wysiękowemi i autointoksykacyjnemi. Systematycznie i przejrzyście ułożone są objawy i leczenie schorzeń z każdej grupy. Tak w rozwoju gruźlicy, jak w schorzeniach „artretycznych" autor podkreśla wielką rolę wątroby. Z podanego leczenia trudno tylko zgodzić się na wstrzykiwania podskórne (!) *calcium chloratum*. Piękną i ciekawą książkę kończy rozdział o postępowaniu lekarza względem chorych, otoczenia i kolegów-lekarzy. Cały rozdział możnaby wziąć za podstawę do układania przepisów deontologji lekarskiej.

Książka zasługuje na przeczytanie ze względu na interesujące określenia tematu i trafne ujęcie pod kątem widzenia lekarza praktyka.

H. Długosz (Lwów).

Der Aderlass, seine Geschichte, Theorien, Indikationen und Technik. (Upust krwi, jego historja, teorje, wskazania i technika). CH. SCHARFBILLIG. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1935.

Krótka monografja o treści przeważnie historycznej godna jest polecenia jako lektura dla lekarza-praktyka. Traktuje ona w sposób jasny o sprawach objętych tytułem, nie przynosi zasadniczo nowych przyczynków do terapji i nie jest zupełnie wolna od pewnego przeceniania wartości krwiupustu. Że psychozy klimakteryczne można „wyleczyć" upustem krwi, czytaliśmy już w terapji „konstytucjonalnej" Aschnera, że choroby krążenia i sprawy zapaleń narządów wewnętrznych na ten sam zabieg dobrze reagują, jest również powszechnie znanem.

Obständer (Bielsko).

Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich. L. ZEMBRZUSKI. Warszawa 1935. Nakładem Koła Medyków S. S. S. M. U. W. Str. 226, 8°.

Autor, który jest profesorem tytularnym historji medycyny w Uniwersytecie Warszawskim i od lat kilku w charakterze docenta ma powierzone wykłady z zakresu historji i filozofji medycyny w Warszawie, w niniejszem dziełku wydał drukiem treść swoich wykładów. Ukazanie się tej pracy zbiega się, jak wiemy, czasowo z wyjściem z druku III części podręcznika Prof. Szumowskiego. *Si duo faciunt idem, non est idem.* Trudno mi przeprowadzać jakieś dokładniejsze porównanie treści obu dzieł, ogólnie tylko podniosę, że inny zasadniczo cel przyświecał obu autorom i inny też jest sposób ich wykładania. O ile podręcznik Prof. Szumowskiego ma na celu przedstawienie całokształtu dziejów medycyny, o tyle Prof. Zembrzuski przedstawia raczej wybrane rozdziały z historji i filozofji medycyny, śledząc nie całokształt, lecz — jak mówi tytuł — tylko kierunki, teorje i doktryny filozoficzno-lekarskie, zarówno współczesne, jak i historyczne. Jakby tu określić krótko zasadniczą różnicę wykładu obu autorów? Mam wrażenie, że Prof. Szumowski pisząc podręcznik wykłada, podczas gdy Prof. Zembrzuski wykładając pisze podręcznik. Słuchając swego czasu wykładów Prof. Szumowskiego miałem zawsze wrażenie, że odczytuje on swój podręcznik, natomiast czytając teraz dziełko Prof. Zembrzuskiego mam wrażenie, że to uwiecznione jakby stenogramem wykład.

We „Wstępie" do właściwego wykładu autor zapoznaje czytelnika ze stosunkiem filozofji do medycyny, podając kilka ważniejszych pojęć z logiki w zastosowaniu do medycyny, jak obserwacja, eksperyment, indukcja, dedukcja, analogja, hipotezy, wreszcie kilka ważniejszych zagadnień filozoficzno-lekarskich, jak empiryzm, racjonalizm, dogmatyzm, intuicja w medycynie, przyczynowość i celowość, medycyna jako nauka i sztuka, zagadnienie życia, zdrowia i choroby i t. d.

Sam wykład rozpoczyna się krótką analizą pojęć filozoficzno-lekarskich u człowieka pierwotnego. Autor omawia tu rolę instynktu, zagadnienie empirji, nadnaturalizmu, animizmu, teurgji, taumaturgji. Następnie autor omawia dzieje kierunków filozoficzno-lekarskich starożytności, wyosabniając je z medycyny

kapłańskiej, z greckiej filozofji przyrody, ze szkół lekarskich starożytnej Grecji, z nauki Hippokratesa, Platona, Arystotelesa, epikurejczyków, stoików, dogmatyków, empiryków. To samo śledzi autor u autorów starożytnego Rzymu, metodyków, pneumatyków, eklektyków, encyklopedystów, Galena i innych. Po nakreśleniu ogólnej charakterystyki kierunków w medycynie greckiej aż po zmierzch kultury greckiej, autor zajmuje się neoplatonizmem.

Druga część przeznaczona jest dziejom średniowiecznych kierunków filozoficzno-lekarskich, w Bizancjum, u Arabów, na zachodzie Europy, w medycynie klasztornej i scholastycznej. Nie pomija też autor supranaturalizmu i demonologii z ich najbardziej zajmującym wykwitem, nerwicami i psychozami zbiorowemi. Równolegle z kierunkami w lecznictwie średniowiecznem autor omawia szkolnictwo lekarskie świeckie ze szkołą w Salerno na czele. Za szczególną zasługę poczytać trzeba autorowi, iż tak obszernie przedstawił kulturę lekarską średniowiecznej Polski.

Sięgając do początków Odrodzenia, autor kreśli sylwetki Rogera Bacona, Vitelona, Petrarki, Leonarda da Vinci, Paracelsa, Vesala, wreszcie Bacona z Werulamu. W wieku XVII autor rozróżnia kierunek fizjologiczny (Harvey), szkołę jatrofizyczną i jatrochemiczną, wreszcie kierunek kliniczny, reprezentowany przez Sydenhama i Boerhaave'a. Omawiając wiek XVII i XVIII, autor kreśli tło filozoficzne, na którem rozgrywają się ważniejsze wydarzenia dziejowo-lekarskie. Rozbieżność kierunków XVIII wieku autor usiłuje opanować, śledząc zasługi systematyków, dzieje kierunku eksperymentalno-przyrodniczego, dalej zdobycze Hallera, Spallanzaniego, Morgagniego i in. Osobne wywody poświęcone są mistycyzmowi i sekciarstwu lekarskiemu XVIII wieku. Opisując wiek XIX, autor zajmuje się oceną filozofji przyrody, poczem wnika w idee szkoły historyczno-przyrodniczej t. zw. parazytarnej, wreszcie podaje rozwój witalizmu i materjalizmu. Z drugiej strony znajdujemy charakterystykę ewolucjonizmu, patologji komórkowej, wreszcie kierunku nihilistycznego w medycynie. Osobne uwagi znajdujemy na temat neokantyzmu, neowitalizmu, teorji energetycznej Ostwalda, psychomonizmu, holizmu i neohippokratyzmu.

Część trzecią, poświęconą epoce nowożytnej, autor zamyka obszernym opisem dziejów medycyny polskiej, znowu ze szczególnem uwzględnieniem kierunków, teoryj i doktryn filozoficznych począwszy od wieku XVI aż po epokę nowoczesną. Ze szczególną biegłością autor śledzi za myślą filozoficzno-lekarską w wieku XIX; Dietl, Chałubiński, Biegański, Szokalski, Kramsztyk, Biernacki i wielu innych — oto nazwiska, które z dumą możemy wypowiadać. Zamieszczony w dziełku rys dziejów medycyny polskiej ma wielkie znaczenie dla polskiej historjografji lekarskiej, jest to bowiem pierwsza próba syntetycznego ujęcia rozprószonych dotąd wiadomości z tego zakresu.

Historyk i filozof medycyny naturalnie niejeden zarzut zanotuje sobie w ciągu lektury na marginesie pięknego dziełka Prof. Zembrzuskiego; nie zgodzi się np. ze zdaniem autora (str. 23), by urządzenie organizmu celowe i korzystne to było jedno i to samo; zaprotestuje też przeciw temu (str. 67), by medycyna Hippokratesa miała być tylko sztuką, a nie nauką i t. p. Dalej pożądane byłyby liczniejsze wiadomości bibljograficzne. Wprawdzie zgóry wiadomo, że wykład posługiwać się musi *larga manu* kompilacją, to jednak czytelnik radby wiedzieć, gdzie na dane tematy mógłby znaleźć obszerniejsze wiadomości. Podane na końcu podręczniki lub spisy nazwisk nie zastąpią dokładniejszego cytowania. Te usterki i niedociągnięcia nie są w stanie zresztą zaważyć na niewątpliwej wartości dziełka.

T. Bilikiewicz (Kocborowo).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Wycięcie przytarczycy w chronicznym reumatyzmie. L. BÉRARD, H. THIERS i M. Henry. Presse Méd. Nr. 49. 1935.

Autorowie omawiają wyniki lecznicze tej operacji otrzymane w 12 przypadkach dość długo obserwowanych. W żadnym przypadku nie mieli pogorszenia ani też przypadłości pooperacyjnych. Nie można stawiać wskazania do operacji na podstawie zwiększenia poziomu wapnia we krwi, ponieważ także przy normalnym a nawet zmniejszonym poziomie wapnia można mieć dobry wynik leczniczy po operacji. Decyduje tu raczej zakłócenie stosunku jonów wapnia do fosforanów we krwi. Przy wskazaniach do operacji raczej należy się kierować obrazem klinicznym i umiejscowieniem sprawy chorobowej. Dobre wyniki mieli autorowie w reumatyzmie kręgosłupa. Wogóle nie należy operować w przypadkach z zaostrzeniem. Wyniki bardzo dobre lub trwałą poprawę mieli w połowie przypadków, w innych po przejściowej poprawie nastąpił nawrót. Działanie lecznicze tego zabiegu tłumaczą autorowie wpływem hormonu przytarczyc na układ sympatyczny, stwierdzali bowiem zmiany w krzywych oscylometrycznych i innych czynnościach układu wegetatywnego. *Skowroński* (Lwów).

Znaczenie śluzu dla równowagi kwasowej żołądka. R. H. MONCEAUX. Presse Méd. Nr. 49. 1935.

Ostatnio Lériche zwrócił uwagę na rolę śluzu żołądkowego w powstawaniu wrzodu. Autor omawia, jakie znaczenie fizjologiczne posiada śluz. Zaznacza, że 1 g śluzu potrafi zobojętnić 15—18 cm^3 n/10 HCl. Nie jest to jednak związanie kwasu podobne do zobojętnienia przez sole alkaliczne, ponieważ kwas ten może być spowrotem oddany i może służyć funkcji trawienia. W żołądku pustym śluz spełnia rolę jakby zbiornika na kwas solny, który przechodzi w razie potrzeby do treści pokarmowej, zanim żołądek zacznie wydzielać czynny sok. Po przejściu do dwunastnicy kwas solny uwalnia się również ze śluzu i pobudza przez sekretynę wydzielanie innych soków trawiennych. Dlatego w nadkwaśności lepiej jest stosować śluz, jak sole alkaliczne. Niekażdy jednak śluz posiada jednakowe własności. np. śluzy patologiczne z żołądka nie zobojętniają dobrze kwasów albo wiążą je w słabym stopniu.

Skowroński (Lwów).

Promienie mitogenetyczne Gurwicza. G. MARINESCO, N JONESCO-SISESTI i O. SAGER. Presse Méd. Nr. 65. 1935.

Gurwicz badając w r. 1923 wpływ korzeni cebuli na siebie stwierdził, że wysyłają one promienie przyspieszające podział komórek i dlatego nazwał je promieniami mitogenetycznemi. Późniejsi badacze wykazali, że podobny wpływ wywierają wszystkie rosnące komórki lub tkanki, czyto roślinne, czy zwierzęce. Metodyka tych badań została udoskonalona i obecnie jako wykrywacza (detektora) takich promieni używa się obok listków korzeni cebuli także hodowli drożdży lub odsłoniętego szpiku kostnego królika. Tkanki lub komórki, których siłę mitogenetyczną bada się, nazywa się induktorem.

Autorowie omawiają dotychczasowe wyniki badań nad temi promieniami i podają własne doświadczenia przeprowadzone z krwią ludzką, z przeciętemi nerwami i naświetlaniem oka. Do wykazania własności mitogenetycznych zhemolizowanej krwi używali jako detektora drożdży według metody Prot-ti'ego lub królików z odsłoniętym na kończynie szpikiem kostnym. Obiema metodami potwierdzili znane już wyniki, że krew dzieci posiada bardzo silne własności mitogenetyczne, u młodzieży jest ona dość silna, podczas gdy u starców krew traci te własności zupełnie. Podobnie w kilku przypadkach familijnych chorób nerwowych u młodych ludzi stwierdzili we krwi brak tych własności. W doświadczeniach z przeciętemi nerwami królika przy użyciu szpiku kostnego jako detektora przekonali się, że koniec dośrodkowy przeciętego nerwu posiada silne własności mitogenetyczne nawet po 30 dniach (około 70%), podczas gdy koniec ośrodkowy już po 8 dniach ma tylko 20%, a po 30 dniach tylko 5% mitoz. Naświetlając oko królika przekonali się, że odsłonięta część kory mózgowej *(area striata)* nabywa własności mitogenetycznych i działa na drodze zwiększając mitozy od 30—50%. Autorowie przypuszczają, że metoda ta pozwoli może poznać dokładniej fizjologię różnych stref kory mózgowej. Istota promieni mitogenetycznych nie jest jeszcze dokładnie znana, ale przypuszcza się że są to promienie pozafiołkowe, za czem przemawiają ich własności fizyczne. Jak wykazują różne badania, promieniowanie to pozostaje w związku z glikolizą i procesami utleniającemi w tkankach.

Skowroński (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Tachyalergja doświadczalna przeciw gruźlicy wywołana surowicą końską. P. COURMONT i H. GARDERE. Gaz. d. Hopit. Nr. 46. 1935.

Tachyalergją nazywają autorowie zmianę zwykłej reakcji świnki morskiej na wstrzyknięcie prątków Kocha, jeżeli równocześnie wstrzykuje się surowicę końską i prątki Kocha. Nie chodzi tu o znany szkodliwy wpływ surowicy końskiej na ludzi gruźliczych i świnki morskie zarażone gruźlicą, lecz o spostrzeżenie nowe: surowica wstrzyknięta równocześnie z kulturą prątków Kocha powoduje rozwój gruźlicy, nawet przy dawkach małych, nieszkodliwych dla świnek kontrolnych. Opisane działanie surowicy utrzymuje się, jeżeli się ją wstrzykuje

3 czy 15 dni przed wstrzyknięciem prątków gruźlicy. Tachyalergja nie jest jednak trwałą. Nie mamy tu ani anafilaksji, gdyż niema okresu uczulenia, ani alergji zwykłej, gdyż ta rozwija się powoli. Prócz teoretycznego ma spostrzeżenie autorów wielkie znaczenie praktyczne: należy unikać zakażenia gruźlicą w okresie stosowania surowicy, szczególnie u dzieci.

H. Długosz (Lwów).

Leukopedeza żołądkowa. M. LOEPER. Nutrition. Tom V. Nr. 2. 1935.

Sok trawienny żołądka zawiera prawidłowo pewną ilość leukocytów, pochodzących z napływu do żołądka z chwilą dostania się pokarmów — przed reakcją chemiczną. Zadanie tychże leukocytów jest dwojakie: ochronne i zaczynowe, mają one zdolność rozpuszczania białek i tłuszczów, mogąc w ten sposób w części zastąpić sok żołądkowy. Również anafilaksja zależy częściowo od ich niedomogi. Leukocyty pojawiają się ze krwi przez diapedezę, przechodzą przez nabłonek bez zatrzymania się i wpadają do jamy żołądka, gdzie mieszają się z sokami. Proces ten autor nazwał „leukopedezą". Technika badania leukopedezy jest następująca: zgłębnikiem żołądkowym stwierdza się, że żołądek jest czczy, poczem przemywa się żołądek wodą i poleca się pacjentowi spożycie 125 cm^3 płynu, którego siłę leukopedetyczną się bada: bulionu, peptonu, cukru, oliwy i t. d. Następnie wprowadza się zgłębnik nieco szerszy aniżeli Einhorna, i strzykawką pobiera się co 15 minut treść, którą bada się po uprzedniem dziesięciokrotnem rozcieńczeniu, w komorze Nageotte'a. Ważnem jest, by pacjent nie połykał śliny, gdyż ślina zawiera leukocyty i to zmienia wyniki. Rozmaite pokarmy wywołują różną leukopedezę np. białko jaja kurzego wywołuje niewielką leukopedezę, pepton znacznie większą, węglowodany jeszcze wyższą. Wolny kwas solny, sok żołądkowy i dwunastniczy również wywierają wpływ na leukopedezę. Leukopedeza jest procesem chemotaktycznym — zależy też od układu nerwowego, czego dowodem jest istnienie leukopedezy psychicznej, lub leukopedezy łaknienia. Nerw błędny jest nerwem hamującym leukopedezę. Z leków atropina wzmaga wybitnie leukopedezę, ezeryna ją hamuje, antypiryna i adrenalina dają wyniki niestałe, pilokarpina powoduje lekką zwyżkę leukopedezy. W przypadkach patologicznych stwierdza się, że nadkwasocie i wrzodom żołądka towarzyszy obniżona leukopedeza, w przypadkach raka żołądka leukopedeza jest prawidłowa lub podwyższona. Niedomoga leukopedezy w przypadkach wrzodu żołądka stoi prawdopodobnie w związku z wagotonją, którą zwykle spotyka się w przypadkach wrzodów żołądka. U chorych tych wskazane jest podawanie środków wzmagających leukopedezę: atropiny, cukru i in. Leukopedeza jest czynnikiem ochronnym przed anafilaksją, pochodzącą z błony śluzowej żołądka, jak i ogólną. Pacjenci, wykazujący pokrzywkę pokarmową mają po danym pokarmie szkodliwym niedostateczną leukopedezę; leczenie może być trojakie: podawanie w małych dawkach peptonów, podawanie cukru 10—20 g lub podawanie atropiny.

Mester (Kraków).

Przyczynek do poznania wahań fizjologicznych i patologicznych błony śluzowej żołądka. M. LOEPER i R. FAU. Nutrition. T. V. Nr. 2. 1935.

Autorzy stwierdzili, że trzy składniki żołądka wykazują u danego osobnika stałe cyfry: kwasota, leukopedeza i ilość śluzu, przyczem te trzy dane pozostają do siebie w pewnym stałym stosunku; wzrostowi kwasoty towarzyszy obniżenie leukopedezy i zmniejszenie ilości śluzu i naodwrót. Pokarmy, jak: mleko, masło, tłuszcze, jaja wywołują słabą podnietę kwasową, lecz silne wydzielanie śluzu, zaś mięso i inne pokarmy „ostre" wywołują silną kwasotę bez wydzielania śluzu. W przypadkach więc wrzodów żołądka i dwunastnicy zasadniczym czynnikiem jest zaburzenie systemu nerwowego wegetatywnego, stały stan patologiczny błony śluzowej, zaś wrzód jest ostatnim okresem choroby wrzodowej. *Mester* (Kraków).

O dodatnim wyniku reakcji śródskórnej Casoni'ego w przypadkach zropiałego bąblowca. M. CORTESINI. Min. Med. Nr. 22. 1935 r.

Reakcja śródskórna C. dla wykrycia bąblowca daje 90—95% wyników dodatnich, w nielicznych tylko przypadkach jest ujemna. Reakcja ta utrzymuje się szereg miesięcy, a nawet lat (8—10) po chirurgicznem usunięciu cyst bąblowca. Dodatnie wyniki otrzymuje się tak w przypadkach bąblowca jałowych, jak i zropiałych, przyczem w zropieniu znika zwykle eozynofilja a pojawia się leukocytoza wielojądrzasta.

Mester (Kraków).

Dur brzuszny i rumień wysiękowy wielopostaciowy. B. BISBINI. Minerva Med. Nr. 18. 1935.

U chorej na dur brzuszny pojawił się w 10 dniu choroby rumień wysiękowy wielopostaciowy. Autor jest zdania, że sprawa skórna, pogorszyła zakażenie jelitowe, skutkiem czego pacjentka zmarła wśród objawów ciężkiego zatrucia, bez innych powikłań jak krwotok, zapalenie otrzewnej. Wystąpienie rumienia wysiękowego wielopostaciowego uważa autor za sprawę przypadkową, nie pozostającą w związku przyczynowym z zakażeniem durowem. *Mester* (Kraków).

Leczenie objawów pieczenia żołądka z migreną i pokrzywką przez zastrzyki wyciągów przytarczyc. M. GASTON-DURAND. Presse Med. Nr. 49. 1935.

Autor obserwował zespół objawów żołądkowo-jelitowych, któremu towarzyszy migrena, pokrzywka i obrzęk Quincke'go. Podnosi, że przyczyny tych objawów należy szukać w zaburzeniach wątroby lub gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Dlatego stosował leczenie wyciągami przytarczyc. Wyniki leczenia w 21 przypadkach takich zaburzeń żołądkowych, w których badaniem rentgenowskiem nie stwierdzono wrzodu żołądka, były dobre, ponieważ całkowite wyleczenie nastąpiło w 50% przypadków, a w 4 przypadkach była poprawa. Wstrzykiwał codziennie po 5—20 jednostek preparatu Byla (serja 12 zastrzyków), ponadto jednak stosował doustnie proszki, jak sole bizmutu i glinkę oraz leczenie przeciwwstrząsowe.

Skowroński (Lwów).

O pewnej postaci nawykowego bólu głowy u uczniów. A. B. MARFAN. Presse Med. Nr. 60. 1935.

Autor opisuje bóle głowy występujące u młodzieży od 10—18 lat, w których nie można zazwyczaj znaleźć jakiegoś poważniejszego tła. Dlatego oznacza się je przeważnie jako bóle głowy w okresie „wzrostu". Niektórzy przypuszczają, że trzeba je zaliczyć do artretyzmu, ponieważ często rodzice cierpią na choroby zaliczane do tej grupy, jak skaza moczanowa, otyłość, cukrzyca i t. p. Takie przypuszczenia nie mają żadnych podstaw. Przy dokładnem badaniu takich chorych stwierdza się zazwyczaj ukrytą gruźlicę lub wrodzoną kiłę. Takie bóle głowy występują przeważnie około 12 roku życia, znikają lub pojawiają się w różnych okresach czasu, by ustąpić prawie na stałe w 18 roku życia.

W tym okresie młodzieńczy organizm przechodzi różne zmiany rozwojowe, w których gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu odgrywają główną rolę. Można przypuszczać, że bóle głowy zależą od zmian w przysadce mózgowej i niektórzy przyjmują, że np. w migrenie przyczyną bólów jest obrzęk lub podobne zmiany w przysadce. To mogłoby tłumaczyć okresowe występowanie bólów głowy u młodzieży. Ale także i inne gruczoły odgrywają dużą rolę w tym okresie rozwojowym, mianowicie obok przysadki także gruczoły płciowe, tarczyca i nadnercza. Nienormalna czynność tych gruczołów lub zaburzenia ich korelacji w związku z istniejącem zakażeniem może być również przyczyną takich bólów głowy oraz innych zaburzeń stwierdzanych u takich uczniów. Tacy uczniowie powinni prowadzić życie spokojne, uprawiać umiarkowanie ćwiczenia fizyczne, przebywać długo na świeżem powietrzu, ale nie potrzebują przerywać nauki. Zależnie od tła chorobowego należy przeprowadzić odpowiednie leczenie. Prócz tego, czasem stwierdza się korzystne działanie wyciągów gruczołowych, najlepiej z przysadki i nadnerczy. Przy silniejszych bólach wskazane jest podawać piramidon z kofeiną. *Skowroński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Posiedzenie lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 19 kwietnia 1934 roku.

Przewodniczący: Dr. K. Mitkiewicz.

Ze spraw bieżących Dr. Borowska porusza sprawę ćwiczeń na powietrzu (boisku), które się nieraz odbywają przy zbyt niskiej temperaturze w kostjumach gimnastycznych; nauczyciel ćwiczeń cielesnych powinien mieć przepisy, kiedy może prowadzić ćwiczenia na powietrzu bez ryzyka dla zdrowia młodzieży.

Dr. Babski stwierdza nieraz występowanie na tem tle nieporozumień między wychowawcą fizycznym i lekarzem szkolnym.

Przewodniczący zwraca uwagę, że jednym z ważniejszych obowiązków lekarza szkolnego jest kontrola nad ćwiczeniami cielesnemi, nad warunkami, w jakich się one odbywają,

oraz że odpowiedzialność za zdrowie młodzieży w szkole, gdzie jest lekarz, ciąży na lekarzu, a nie na nauczycielu.

1. Dr. K. Mikulski wygłosił referat p. t.: *Z zagadnień dziedziczności (badania nad bliźniętami).*

Referent na wstępie podkreśla rolę gemeljologji dla zagadnień dziedziczenia i dla badań nad wpływem otoczenia oraz środowiska dla powstawania i rozwoju niektórych cech psychicznych.

Bliźnięta podzielić można na dwie wielkie grupy: bliźnięta jednojajowe oraz bliźnięta dwujajowe. Bliźnięta jednojajowe, inaczej homologiczne, są zawsze tej samej płci i posiadają cechy genotypiczne wspólne tak, że fizycznie są do siebie bardzo podobne. Stwierdza się u nich również nierzadko pewne podobieństwa niektórych cech psychicznych.

Co się tyczy genezy tego rodzaju bliźniąt, to powstają one wskutek podziału zapłodnionego jajka na dwie komórki, rozwijające się następnie całkowicie odrębnie i dające w konsekwencji dwa płody bliźniacze.

Bliźnięta dwujajowe mogą być tej samej lub różnej płci i nie są do siebie podobne. Bliźnięta dwujajowe powstają wskutek jednoczesnego zapłodnienia dwóch jajek przez dwa plemniki podczas poliowulacji.

Bliźnięta jednojajowe mogą posiadać oddzielne błony płodowe, bliźnięta dwujajowe mogą posiadać wspólne błony płodowe: zatem na zachowaniu się błon płodowych polegać nie można. Diagnozę jedno -względnie dwujajowości opiera się jedynie na stwierdzeniu stopnia podobieństwa bliźniąt do siebie (diagnoza podobieństwa — Siemens).

Dokładniejsza analiza materjału bliźniaczego wykaże nam, że w pewnych przypadkach nie uda się badane bliźnięta zaliczyć ani do jednej ani do drugiej grupy. Są to tak zwane bliźnięta trudne do zdiagnozowania i stanowią one około 10% materjału bliźniaczego.

Bliźnięta jednojajowe przechodzą często jednocześnie choroby wieku dziecięcego; nawet gruźlica, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie nerek bywają u nich stwierdzane jednocześnie, co wskazuje na rolę w tych sprawach czynnika konstytucyjnego. Istnieje również u nich daleko posunięta zbieżność objawów w przypadkach zachorzeń nerwowych i psychicznych.

Badania psychologiczne nad bliźniętami posunęły w dużym stopniu naprzód naszą wiedzę o dziedziczeniu cech psychicznych, w tym jednak kierunku, że w obecnym stanie wiedzy można przyjąć jedynie pewne dziedziczne podłoże dla możliwości rozwinięcia się tych lub innych cech psychicznych. Mówiąc więc słowami Adlera — nie to jest najważniejsze, co człowiek z sobą na świat przyniesie, lecz stokroć ważniejszem jest, co z tem uczyni.

Na zakończenie referent wskazuje na konieczność stworzenia ośrodka badań nad bliźniętami i zwraca się z prośbą do kolegów o nadsyłanie materjału bliźniaczego i notatek dotyczących bliźniąt.

2. Dr. Kazimierz Szokalski wygłosił referat p. t.: *Dziedziczność w gruźlicy.*

Referent przedstawił trzy etapy w rozwoju pojęć o dziedziczności gruźlicy; pierwszy, w którym ta dziedziczność gra dominującą rolę, trwa do czasu wiekopomnego odkrycia przez Kocha zarazka swoistego, rozpoczynającego okres drugi, w którym zakażenie w niemowlęctwie określane jest jako punkt wyjścia szerzenia się gruźlicy, wreszcie — okres ostatni, w którym szereg badaczy chce dziedziczności przywrócić znaczenie głównego czynnika w szerzeniu się gruźlicy, zwłaszcza w znaczeniu przekazywania usposobienia do zapadania na gruźlicę.

Referent omówił pełną temperamentu walkę badacza francuskiego Lumiere'a z panującym poglądem o zaraźliwości gruźlicy; Lumière usiłuje dowieść, że tylko w małej liczbie przypadków zakażenie może być przyczyną wystąpienia objawów gruźlicy. Następnie zreferował oparte na bardzo dużym materjale badania autorów niemieckich: Schubert'a, wprowadzającego koncepcję t. zw. przewodników czyli konduktorów dziedziczenia, Ickert'a, oświetlającego znaczenie dziedziczności na podstawie badania 89 drzew genealogicznych, wreszcie Diehl'a i Varschuer'a o odsetku dziedziczenia gruźlicy na podstawie badania 127 par bliźniąt jedno- i dwujajowych.

Pozatem prelegent poruszył w związku z dziedzicznością znaczenie t. zw. przesączalnego zarazka, konstytucji oraz przedstawił dane statystyczne zebranego przez siebie materjału w liczbie 1.843 chorych na gruźlicę; w 35,8% w rodzinach tych chorych była rodzinna gruźlica i w 22,5% było ustalone dziedziczne obciążenie ze strony ojca lub matki.

Prelegent utrzymuje, że nawet, gdyby nauka potwierdziła dominujące znaczenie dziedziczności w gruźlicy, powinna być spotęgowana walka z czynnikami sprzyjającemi szerzeniu się gruźlicy; gwałtowne środki i za energiczne, wysuwane w Niemczech, powinny być zwalczane jako niemoralne i niepewne w skutkach.

Prelegent zachęca lekarzy szkolnych do zwracania uwagi w wywiadach przy badaniu młodzieży na sprawę dziedziczności w jaknajszerszem znaczeniu tego słowa przez prowadzenie wzorem Ickert'a drzew genealogicznych rodzin oraz specjalne zainteresowanie się młodzieżą, obciążoną dziedzicznie gruźlicą.

W dyskusji: Dr. Piotrowska wyraża uznanie dr. Mikulskiemu za poruszony temat, gdyż pojęcia dziedziczności są szeroko i wadliwie popularyzowane przez pisemka o charakterze deterministycznym i rozmaite kursy propagujące błędne zapatrywania w najszerszych warstwach społecznych. Skutek jest ten, że rodzice odnoszą się z pewnym nihilizmem do możliwości uzdrowienia pewnych stanów nerwic i wad charakteru dzieci, powołując się na źle zrozumianą dziedziczność.

Byłoby bardzo pożądanem szerzenie bardziej racjonalnych poglądów na dziedziczność i podkreślanie ważności oddziaływania środowiska na charakter.

Dr. Cieszyński również stwierdza, że podawanie jeszcze niedostatecznie zgłębionej nauki o dziedziczności bezkrytycznym słuchaczom nie jest wskazane, a nawet często szkodliwe, zwłaszcza że nie uwzględnia duszy ludzkiej, poddającej się wpływom wychowawczym i mogącej również oddziaływać na ciało; wskazuje na poruszany obecnie tak często na łamach prasy lekarskiej, a zwłaszcza psychjatrycznej, jak również psychologicznej i pedagogicznej, oraz w specjalnych książkach, ważny problemat charakteru, na którego kształtowanie się ma decydujący wpływ religja.

Na zakończenie przewodniczący zachęca zebranych do współpracy z kol. Mikulskim nad obserwowaniem i badaniem bliźniąt w szkołach.

Posiedzenie lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 17 maja 1934 roku.

Przewodniczący: Dr. K. Mitkiewicz.

Ze spraw bieżących Dr. Mitkiewicz przypomina prośbę dr. Mikulskiego, wyrażoną na poprzedniem posiedzeniu, o porozumiewanie się z nim co do obserwacji bliźniąt pośród młodzieży szkolnej; następnie komunikuje, że wobec zbliżających się wakacyj letnich cały szereg organizacyj, urządzających kolonje letnie, przesłał swe oferty do Kuratorjum:

1) Polski Czerwony Krzyż — Oddział Podlaski w Siedlcach organizuje kolonje wypoczynkowe we Fronołowie nad Bugiem, opłata 42 zł miesięcznie.

2) Busko — kolonja „Górka".

3) Zarząd Towarzystwa Nauczycieli Szkół Średnich i Wyższych.

4) Szkoła Państwowa Hotelarsko-Przemysłowa w Zakopanem proponuje urządzenie kolonji pod kierownictwem swych wychowanek w rozmaitych pensjonatach w okolicach Zakopanego.

Następnie Przewodniczący porusza sprawę badania zawodników i przypomina, że bez opinji lekarza szkolnego młodzież nie może stawać do prób o Państwową Odznakę Sportową.

Dr. Jurjewiczówna porusza sprawę legitymacyj dla lekarzy szkolnych uprawniającą do wstępu na przystań szkolną; konieczne jest przesłanie tych legitymacyj dla lekarzy do wszystkich szkół.

Dr. Roszkowski porusza sprawę utworzenia przychodni przeciwgruźliczej dla młodzieży szkolnej ku uczczeniu pamięci dra. Stanisława Kopczyńskiego, proponuje założenie tej poradni w porozumieniu z Ligą Szkolną Przeciwgruźliczą. Koszt urządzenia tej poradni pokryłyby składki lekarzy szkolnych z całej Polski.

W dyskusji nad tym projektem zabierają głos dr. Grzywo-Dąbrowska, Jurjewiczówna i inni, popierając projektodawcę.

Została powzięta uchwała i wszyscy lekarze zobowiązują się do składania 10 zł na rzecz poradni przeciwgruźliczej dr. Stanisława Kopczyńskiego. Składka ta może być opłacana jednorazowo lub ratami.

Dr. Roszkowski powiadamia, że szczepienia przeciwdurowe dla wyjeżdżających na kolonje letnie, do obozów letnich również w bieżącym roku są obowiązkowe, jednak lekarze szkolni mogą zwalniać od szczepień poszczególnych uczniów, jeżeli tego wymaga stan ich zdrowia.

Następnie dr. Mitkiewicz wygłasza referat: *Zamierzenia i plany na rok szkolny 1934/35.*

Dnia 6. V. 1933 r. został wydany okólnik Kuratorjum w sprawie opieki higieniczno-lekarskiej; niewszystkie szkoły stosują się

do wskazówek i wymagań tego okólnika, niektóre nawet go nie znają zupełnie. Zapoznanie się jednak z tym okólnikiem i prowadzenie na jego podstawie opieki higjeniczno-lekarskiej w szkole, obowiązuje wszystkich lekarzy szkolnych. Powinny być prowadzone listy klasowe z króciutką charakterystyką stanu zdrowia i rozwoju fizycznego każdego ucznia, karty indywidualne powinny przechodzić z uczniem z jednej szkoły do drugiej. Sprawozdania roczne należy sporządzać według schematów, umieszczonych w nowem wydaniu książki sanitarnej z roku 1932. Specjalną uwagę winni lekarze szkolni zwrócić na rejestrację przypadków gruźlicy zgodnie z rubrykami książki sanitarnej. W uwagach dodatkowych należy między innemi podać nieszczęśliwe wypadki z młodzieżą, które miały miejsce w szkole lub w bezpośredniem związku z życiem szkolnem. Ponieważ Koła Młodzieży Czerwonego Krzyża ułatwiają pracę higjeniczno-wychowawczą, należy w sprawozdaniach omówić działalność kół.

Następnie prelegent porusza sprawę tematów posiedzeń, prosi o nadsyłanie dezyderatów, a także zgłoszeń na referaty w przyszłym roku szkolnym, proponuje urządzenie konferencji w sprawie metodyki nauczania higjeny oraz dłuższego kursu z zakresu psychologji; prosi, by w tych sprawach lekarze szkolni wypowiedzieli się, przesyłając zgłoszenia na ręce prelegenta do Kuratorjum.

Dr. Marja Grzywo-Dąbrowska wygłasza referat p. t.: *Z psychopatologji młodocianych samobójców.* Jest to poniekąd uzupełnienie referatu, wygłoszonego przed dwoma laty na posiedzeniu lekarzy szkolnych. Znaczna część młodocianych samobójców należy pod względem psychicznym do organizacyj chorobliwych. Dwie psychopatyczne konstytucje stanowią odpowiednie dla samobójstw podłoża: nadwrażliwa i cyklotymiczna.

W pierwszej drobne nawet przejawy życia codziennego mogą wzbudzać gwałtowne fale silnych uczuć. Jednostki tego typu mogą nieraz na skutek swej organizacji przeżywać stany niepokoju nietylko spowodu istotnego niebezpieczeństwa, lecz czasem na myśl o niem. W razie ostrego wstrząsu może się wytworzyć u nich stan ostrego przeczulenia, gdy ucieczka od życia wydać się może wyzwoleniem. Szkoła, wypełniając życie dziecka, następnie młodzieńca, jest dla niego źródłem najrozmaitszych wzruszeń, zrozumiałe jest więc samobójstwo młodzieży, do tego typu należącej.

O ile w konstytucji nadwrażliwej dla wywołania stanu lęku, czy przygnębienia zawsze musi istnieć przyczyna zewnętrzna, w konstytucji cyklotymicznej przyczyna ta tkwi wyłącznie w samym osobniku. Bardzo szeroki co do swej rozpiętości typ cyklotymika charakteryzuje się występowaniem u niego dwóch okresów. W pierwszym przejawy życiowe ulegają wzmożeniu — jest to okres podniecenia, w drugim zwolnieniu, przytłumieniu — jest to okres depresji. W pierwszym nastrój zazwyczaj bywa wesoły, w drugim smutny. Można go porównać do fali, która to wznosi się, to opada do morza, o przypływach i odpływach. Bywają ludzie skłonni tylko do podniecenia, kiedyindziej tylko do depresji. Nawet krótkotrwały okres depresji może doprowadzić do samobójstwa; jest on bardzo przykry; siły moralne, a często i fizyczne słabną: rozczarowanie opanowuje duszę; to, co doniedawna zdawało się łatwem, staje sie szalenie trudnem, niepokój ogarnia, a może nawet zmienić się w ślepy lęk. Stopnie bywają bardzo rozmaite, czasem przejście od stanu normalnego, codziennego do wystąpienia już chorobliwego może nie zostać zauważone. Obie te konstytucje psychopatyczne w okresach wzmożenia objawów wymagają odpowiedniego leczenia (które niestety, rzadko się stosuje), gdyż zaostrzenie się tych chorobliwych objawów prowadzi do samobójstwa.

Sekretarz: *Dr. Marja Rytel.*

Sprawozdanie z posiedzenia lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 20 września 1934 roku.

Przewodniczący dr. K. Mitkiewicz, nawiązując do uchwały, zapadłej na ostatniem posiedzeniu przedwakacyjnem, stworzenia drogą składek dziesięciozłotowych od lekarzy szkolnych funduszu w celu urządzenia polikliniki im. ś. p. dr. Kopczyńskiego oraz zwrócenia się do lekarzy szkolnych w całej Polsce z apelem o poparcie tej akcji, prosi obecnych o zapisanie się na liście składek i o upoważnienie kol. Bogdanowicza, Jurjewiczówny, Niewińskiego i Roszkowskiego do realizowania tej uchwały.

Dr. Roszkowski zawiadamia, że Liga Szkolna Przeciwgruźlicza ma lokale wolne w Nowem Mieście nad Pilicą i w Miłośnie, które mogłyby być używane przez rozmaite szkoły na osiedla szkolne, na kolonje zimowe i letnie.

Doc. Dr. E. Reicher wygłasza odczyt: *Wpływ ćwiczeń ruchowych na procesy oddychania.*

Prelegentka omawia na wstępie mechanizm czynności oddechowych, regulowanych automatycznie przez bodźce, wysyłane rytmicznie z ośrodka oddechowego. Dlatego też rozwijanie czynności oddechowych przez wykonywanie głębokich wdechów i wydechów jest bezcelowe, gdyż zmiany dowolne rytmu oddechowego są regulowane następnie drogą automatyczną. Regulacja ta jest tak doskonała, że następowe zmniejszone lub zwiększone przewietrzanie płuc wyrównuje te wszystkie zmiany, które spowodu wzmożonego lub zwolnionego sposobu oddychania mogły wyniknąć w ustroju. Na automatyzm oddechowy poza działaniem czynników chemicznych krwi wpływa jednak jeszcze i stopień podrażnienia układu nerwowego, dalej stan napięcia nerwu błędnego, wreszcie i stan napięcia mięśni oddechowych. Te czynniki dodatkowe, wtórne wpływają również na rytm oddechowy, pozwalając go związać i zharmonizować w wykonywanem ćwiczeniem ruchowem w sposób dla ustroju najpożyteczniejszy.

Referentka omawia dalej warunki powstawania czynnego rozciągnięcia płuca przy ćwiczeniach, charakteryzuje pojęcie przerostu płuc, występujące u wybitnych sportowców, zwłaszcza pływaków, omawia wreszcie atonję płuc, warunki jej powstawania i znaczenie wychowania oddechowego dla zwalczania różnych postaci atonji, a także rozedmy płuc. Wychowanie oddechowe polega przedewszystkiem na dokładnem wykonywaniu normalnego gestu oddechowego i na zharmonizowaniu jego z rodzajem wykonywanego ruchu. Prelegentka omawia pokrótce sposób, w jaki ma się odbywać to zharmonizowanie przy różnych prostych ćwiczeniach i charakteryzuje różne postacie niewystarczalności oddechowej.

Wkońcu podkreśla, że różnorodność ćwiczeń, objętych nowym programem szkolnym, w szczególności wprowadzenie do niego codziennych ćwiczeń „dziesięciominutowych" oraz ćwiczeń śródlekcyjnych pozwala na uwzględnienie i szerokie zastosowanie wychowania oddechowego w pracy szkolnej. Wychowanie to nie polega na wykonywaniu na komendę głębokich wdechów i wydechów, jak to mylnie dawniej czyniono. Jego podstawą jest wdrażanie uczniów do wykonywania prawidłowego gestu oddechowego i stopniowe, indywidualizujące przyzwyczajenie ich do wiązania swego rytmu oddechowego z rytmem tego lub innego ćwiczenia.

W odpowiedzi na dość liczne głosy dyskusyjne prelegentka zaznaczyła, że dla rozwoju klatki piersiowej mają duże znaczenie bodźce rozwojowe, inkretoryczne oraz rytm oddechowy, że codzienne ćwiczenia 10 minutowe, powinny być prowadzone klasami, a nie większemi zespołami, i raczej po 1-ej, lub 2-ej lekcji, gdyż przed lekcjami często młodzież jest podniecona obawą przed spóźnieniem się do szkoły, zmęczona drogą, wbieganiem na schody.

Protokół posiedzenia lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 16 grudnia 1934 r.

Przewodniczący Dr. K. Mitkiewicz odczytał wnioski ze zbiorowego referatu z dnia 18. X. 1934 r. na temat: *Ujemny wpływ środowiska wielkomiejskiego na młodzież szkolną.* Zebrani jednogłośnie aprobowali konieczność rozpoczęcia planowej akcji w poruszonej sprawie.

Doc. dr. Szulc wygłosił referat: *Żywienie dzieci i młodzieży w świetle nowszych zdobyczy nauki.*

Przed rozstrzygnięciem zagadnienia, jak należy żywić dzieci i młodzież, powinno się ustalić cel, do którego ma zmierzać żywienie. W żywieniu zwierząt domowych staramy się osiągnąć pewien określony cel: zwiększyć mleczność, spowodować odkładanie tłuszczu, osiągnąć tworzenie się lepszej wełny lub też stworzyć typ zwierzęcia silnego lub szybkiego. Przy żywieniu człowieka te względy odpadają. Celem racjonalnego żywienia może być osiągnięcie odporności na szkodliwe czynniki zewnętrzne i największej sprawności fizycznej i umysłowej człowieka.

Dotąd nie znamy idealnej diety. Za idealną dietę możnaby uważać ten sposób żywienia, jaki kiedyś w dziejach tworzenia się świata żywego doprowadził do stworzenia gatunku *homo sapiens.* Było to żywienie mieszane, roślinno-zwierzęce, nie denaturowane przez żadne czynniki fizyczne i przy zachowaniu tego warunku, że zdobywanie pożywienia połączone było z koniecznością wykonywania dość dużej pracy fizycznej. W miarę rozwoju mózgu ludzkiego ten sposób żywienia ulegał ciągle zmianom, prowadząc przedewszystkiem do ograniczenia wysiłku fizycznego i do coraz łatwiejszego otrzymywania produktów łatwo przyswajalnych, corazto więcej oczyszczanych od balastu po-

zornie niepotrzebnego. Rozwój rolnictwa i przemysłu doprowadził do kolosalnego przewrotu i do zmian produktów spożywczych, nietylko w sposobie ich przyrządzania, ale i w składzie chemicznym produktów roślinnych i zwierzęcych, gdyż zaszły bardzo poważne różnice w składzie gleby, żywiącej rośliny, a przez to i skład zwierząt żywiących się roślinami musiał ulec zmianie.

Sytuacja obecna jest groźna, gdyż na podstawie statystyki zachorowań na choroby, mające związek z wyżywieniem, można wywnioskować, że częstość tych chorób zwiększa się w sposób zastraszający. Przedłużenie życia, którem chlubimy się jako zdobyczą kultury, nie daje korzyści z biologicznego punktu widzenia, skoro życie to niema powabu wskutek chorób przemiany materji. Ten stan rzeczy grozi smutnym końcem rodzajowi ludzkiemu, jeśli nie zdoła on się przystosować do tych nowych warunków klimatycznych albo też nie zmodyfikuje swojego sposobu żywienia.

Kierunek, w jakim powinna iść reforma żywienia, jest wogóle prosty. Wobec tego, że niewszystko jeszcze wiemy o składnikach egzogenicznych pożywienia, niezbędnych do sformowania zdrowego ciała, należy dążyć do możliwie największego urozmaicenia pożywienia. Wskazane jest dążenie do perjodycznych zmian klimatu, choćby w postaci letnich wyjazdów na inne tereny z zastosowaniem innego odpowiedniego do danego klimatu i sezonu żywienia. Przy żywieniu dzieci i młodzieży należy pamiętać o podawaniu pokarmów „asekuracyjnych“, takich, jak mleko, jarzyny zielone i owoce świeże. Pokarmy te zawierają większość skadników potrzebnych i w ten sposób możemy łatwiej uniknąć szkód z niedostatecznego jakościowego wyżywienia.

W każdym razie trzeba podkreślić, że każdy naród,który chce sprostać innym w walce o byt, musi wyciągnąć jaknajwiększe korzyści z nauki o żywieniu, gdyż tylko przez racjonalną politykę żywnościową może swój byt ugruntować.

W dyskusji zabierali głos: Dr. S z o k a l s k i twierdząc, iż oprócz wzorów pierwotnego odżywiania mamy ostatnio bardzo poważne zdobycze nauki w tej sprawie szczególnie tam, gdzie chodzi o odżywianie organizmów chorych.

Dyr. Z a ł u s k i zaznacza, że powinniśmy zwrócić uwagę na zagadnienie przyrostu i odnowy organizmu. Postęp kultury coraz bardziej urozmaica nasz „budulec“ w odżywianiu, lecz coraz bardziej oddala nas od natury. Odżywianie powinno być możliwie proste, a jednocześnie jaknajbardziej urozmaicone.

Dr. C i e s z y ń s k i podnosi, iż wzrost cywilizacji prowadzi za sobą pewne ułatwienie walki z jednoczesnem ograniczeniem sił do tej walki.

Dr. B o g d a n o w i c z stwierdza, iż ostre zmiany w odżywianiu dzieci młodszych nie są wskazane, iż dzieci w tym wieku potrzebują podściółki tłuszczowej i odchudzanie nie jest wskazane. Natomiast rodzice często nie liczą się z potrzebą urozmaicenia diety u dziecka, z indywidualnemi gustami dziecka, zmuszając dziecko często do jednostajnej kuchni.

W odpowiedzi referent zaznacza, iż mleko jest bezsprzecznie najkompletniejszym, „asekuracyjnym“ pokarmem, niestety brak u nas dobrego, taniego mleka. Dalej prelegent podkreśla dodatni wpływ sezonowych zmian w odżywianiu, nawet przy pewnych brakach w tem odżywianiu Dalej prelegent podnosi znaczenie magazynowania w lecie witaminy D przez nasz organizm (owoce, jarzyny surowe) — witaminę tę następnie zużywamy w zimie.

Na zakończenie przewodniczący podkreśla dodatni wpływ zmiany diety domowej w osiedlach szkolnych, obozach oraz kolonjach.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

P r o t o k ó ł VII p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o odbytego dnia 8 marca 1935.

Przewodniczy: Kol. W. C z e r n e c k i.

1. Kol. L e n a r t o w i c z *przedstawia i omawia szczegółowo przypadek srebrzycy uogólnionej,* dotyczącej chorego 57 letniego. Zmiany zabarwienia dotyczą nietylko skóry, ale także, choć w mniejszym stopniu, błony śluzowej jamy ust oraz spojówek. Najsilniej zabarwiona jest skóra twarzy oraz karku, mniej silnie skóra klatki piersiowej i brzucha. Na kończynach zabarwienie, stosunkowo najsilniejsze, widzi się na grzbietach rąk oraz na przedramionach, mniej wybitnie na ramionach. Najmniej zabarwiona jest skóra stóp, nieco tylko skóra podudzi.

Na twarzy, karku, na grzbietach rąk i na przedramionach skóra ma barwę ciemnołupkową z domieszką barwy fiołkowej, z połyskiem metalicznym i robi wrażenie, jakby skóry powleczonej grafitem. Na tułowiu i górnych częściach kończyn zabarwienie przechodzi stopniowo i nieostro w zabarwienie jaśniejsze o odcieniu niebieskawym.

Spojówki gałki ocznej i twardówka okazują nieznaczne zabarwienie szaro-niebieskawe. Na błonach śluzowych jamy ustnej, głównie na dziąsłach, błonie śluzowej policzków i języka rozlane, nieostro odgraniczone plamy barwy brunatnawo-niebieskawej. Opisany obraz odpowiada typowi srebrzycy uogólnionej i to w stopniu w obecnych czasach rzadko napotykanym. Dawniej przypadki srebrzycy uogólnionej spotykało się częściej, a to ze względu na częste stosowanie doustne azotanu srebra w dawkach dużych. Azotan srebra zalecano dawniej w leczeniu padaczki i wiądu rdzenia, obok tego w schorzeniach żołądkowych, głównie we wrzodzie żołądka. Dawki potrzebne do wywołania srebrzycy uogólnionej wahają w szerokich granicach, bo w sumie od 4 do 20 g azotanu srebra. Dziś oczywiście, przy ostrożniejszem dawkowaniu, ze zrebrzycą, zwłaszcza uogólnioną i powstałą na skutek doustnego stosowania azotanu srebra spotykamy się stosunkowo rzadko; obok srebrzycy w ten sposób wywołanej, tu i ówdzie spotykamy się ze srebrzycą powstałą na skutek dożylnego stosowania salwarsanu srebrowego, kolargolu, elektrargolu i t. p. Obok tej postaci srebrzycy zdarza się jeszcze srebrzyca ograniczona, powstała na skutek zewnętrznego stosowania przetworów srebrowych, głównie azotanu srebra *(argyria ex imbibitione),* lub srebrzyca miejscowa, powstała na skutek dostania się od zewnątrz do skóry cząsteczek srebra metalicznego. W jaki sposób doszło do srebrzycy u przedstawianego chorego, trudno dojść. Chory podaje, że w roku 1923 spowodu przypadłości żołądkowych zażywał przez kilka miesięcy pigułki „rtęciowe“. Chodziło najprawdopodobniej o pigułki z azotanem srebra. W jakiś czas po przeprowadzeniu owego leczenia zwróciło mu uwagę jego otoczenie na rozwijające się zwolna ciemne zabarwienie skóry.

Badanie skrawka skóry, wyciętego z klatki piersiowej okazuje obraz mikroskopowy znamienny dla srebrzycy. W skórze właściwej w górnych jej pokładach i to głównie w warstwie podbrodawkowej około naczyń krwionośnych, około gruczołów łojowych i potowych oraz około mięśni gładkich stwierdza się drobniutkie pyłkowate ziarenka barwy czarnej. Nie widać natomiast napotykanego zwyczajnie pasa ziarn ułożonych smugowato na granicy przyskórkowo-skórnej, co tłumaczyć można tem, że skrawek wzięty był ze skóry stosunkowo mało przebarwionej, gdy wzięty z twarzy lub z karku okazywałby zapewne i ten pasek złogowy. W jakiej postaci odkładają się w skórze, w błonach śluzowych, w narządach wewnętrznych, za wyjątkiem mózgu, złogi srebra, czy chodzi o chlorek srebra, czy — jak chcą niektórzy — o siarczek srebra, jest rzeczą do dziś dnia nierozstrzygniętą. Nierozstrzygnęły bowiem tej sprawy nawet doświadczenia na zwierzętach, u których srebrzyca doświadczalna daje nieco odmienne obrazy. Znamiennem dla srebrzycy ludzkiej jest to, że złogi srebra nie odkładają się nigdy w tworach przyskórkowych, t. j. w przyskórku, we włosach, w płytkach paznogciowych, nie stwierdza się ich także w wyściółkach gruczołów łojowych lub potowych.

2. Kol. M ą c z e w s k i omawia a) *przypadek adenomyosis trąbki* u kobiety lat 48, która rodziła 3 rązy siłami natury. W czasie operacji torbieli jajnika wycięto zupełnie zdrową trąbkę. W krezce trąbki stwierdzono dotykiem malenkie zgrubienia. Trąbkę wraz z krezką zbadano histologicznie. Wynik badania: ogniska *adenomyosis* w krezce jajowodu. W preparacie uderzała stosunkowo mała ilość komórek cytogenicznych, pozatem stwierdzono twory gruczołowe wyścielone jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym. Prelegent sądzi, iż *adenomyosis* jajowodów stanowi jedną z najczęstszych postaci. Przemawiałyby zatem również wyniki badań O k s i a n y, która na 100 badanych trąbek, usuniętych podczas operacji włókniaków, torbieli jajnika, ciąży zewnątrzmacicznej, stwierdziła w 28% ogniska adenomyomatyczne. W kazuistyce spotykamy wielką liczbę przypadków *adenomyosis* trąbki, skutkiem tego przypadki owe nie wzbudzają już obecnie większego zainteresowania. W omawianym przypadku ogniska *adenomyosis* stwierdzono w krezce. Jesto to bardzo rzadkie zjawisko. W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem ani jednego podobnego przypadku.

Adenomyosis jajowodu może być przyczyną powstawania ciąży zewnątrzmacicznej, na co ostatnio autorowie zwracają uwagę.

b) *Przypadek gruźlicy części pochwowej.* Przypadek dotyczy kobiety l. 36, zamężnej, bezdzietnej, u której w roku 1926 na oddziale Ginekol. tutejszego Szpitala wykonano wycięcie skrawka części pochwowej macicy i stwierdzono wtedy badaniem histologicznem gruźlicę. Wypalono żegadłem owrzodzenie na części pochwowej. Po upływie 8 lat zgłosiła się chora ponownie na Oddział. Stwierdzono na części pochwowej rozległe owrzodzenia; pobrano skrawek do badania i ponownie stwierdzono gruźlicę. Badanie kliniczne nie wykazało żadnych śladów przebytej gruźlicy w innych narządach. Ginekologicznie nie

stwierdzono żadnych zmian w macicy i przydatkach. Zastosowano rad do pochwy na 48 godzin. Po upływie 2 miesięcy, zgłosiła się chora do badania kontrolnego. Na części pochwowej nie stwierdzono już żadnych owrzodzeń, jednak w skrawku wykazano dalej proces gruźliczy. Chorą dalej leczymy radem.

Gruźlica części pochwowej macicy należy do niezwykłych rzadkości. W piśmiennictwie spotykamy przypadki gruźlicy części pochwowej i szyi macicy traktowane często łącznie. Stąd pewne statystyki wykazują większą liczbę przypadków części pochwowej, niż to jest w rzeczywistości. Największą ilość przypadków gruźlicy części pochwowej notuje piśmiennictwo włoskie. W piśmiennictwie polskiem nie spotkałem podobnego przypadku.

Sprawa powstawania gruźlicy narządu rodnego do dnia dzisiejszego nie jest wyjaśniona. Przeważa pogląd, iż gruźlica narządu rodnego powstaje drogą wtórną. Na podstawie sekcji i badań histologicznych ognisk gruźliczych i ich otoczenia ustalono drogi, jakiemi najczęściej ulegają zakażeniu poszczególne części narządów rodnych z ogniska pierwotnego. Autorowie niemieccy, szczególnie Ranke, podają zbiór objawów, t. zw. *„Primärkomplex"*, na podstawie których należałoby klasyfikować dane schorzenie jako wtórne lub pierwotne.

Rozstrzygnięcie nawet sekcyjne jest niekiedy niemożliwe. Podczas sekcji łatwo przeoczyć jakieś drobne ognisko w gruczołach, które mogło być punktem wyjścia gruźlicy. Wreszcie w przypadkach bardzo silnej infekcji może powstać więcej ognisk, mających wszystkie cechy ognisk pierwotnych (zaobserwowano to zjawisko w Lubece w czasie nieszczęśliwych szczepień noworodków). Rozstrzygnięcie, które ognisko jest pierwotne, a które wtórne bywa niekiedy dla anatomo-patologa rzeczą niemożliwą.

Co się tyczy gruźlicy części pochwowej, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w pewnych specjalnych warunkach, schorzenie to może powstać pierwotnie. Przypadek taki opisał Lantnejour. Dotyczył on kobiety, która uległa zakażeniu gruźliczemu przez stosunek z mężem chorym na gruźlicę jąder. W naszym przypadku nie możemy rozstrzygnąć, jaką drogą powstało to schorzenie. (Całość ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Lenczowski zapytuje, jaki był wynik ogólnego badania przedstawionej chorej i czy nie szukano ognisk gruźliczych w innych narządach; gdyż o ileby się okazało, że gruźlica nie ogranicza się tylko do narządu rodnego, to oczywiście leczenie miejscowe części pochwowej nie może odnieść skutku.

Kol. Zakrzewski zapytuje, jaki był obraz kliniczny regjonalnych węzłów chłonnych, ponieważ stan ich mógłby rzucić światło na zagadnienie, czy w danym przypadku gruźlica macicy była pierwotna, czy wtórna. Skolei zauważa mówca, że owrzodzenie drążące w głąb części pochwowej od strony nabłonka wielowarstwowego płaskiego może być uważane za szczególne usadowienie się gruźlicy pochwy.

Następnie przemawiają Koledzy: Sołowij, Nowicki i Węgrzynowski; *odpowiada* Kol. Mączewski.

3. Kol. Schnek *omawia przypadek krwawienia z ciałka żółtego do jamy brzusznej.*

Chora l. 28, mężatka, multipara, ost. mies. 20. I. 1935. przyjęta na oddział 9. II. 1935 spowodu wystąpienia nagłych bólów i zapadu, które to objawy wystąpiły w jaką godzinę po stosunku. Badaniem wewnętrznem stwierdzono przez sklepienie boczne prawe opór ciastowaty, na ucisk bolesny, macica i przydatki po stronie lewej bez zmian. Punkcją zatoki Douglasa wykazano krew. Rozpoznano ciążę pozamaciczną i przystąpiono do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono dużą ilość krwi płynnej w jamie brzusznej, jajnik prawy powiększony, wykazywał na swej powierzchni pęknięcie, z którego wylewała się krew, trąbka lewa zmian nie wykazywała. Macica i przydatki po stronie lewej bez zmian. Usunięto jajnik lewy wraz z trąbką, poczem powłoki brzuszne zeszyto trójczasowo na głucho.

Badanie drobnowidowe wyciętego jajnika stwierdziło ciałko żółte z wielkim wylewem krwawym. pozatem kilka torbieli i blizn. Elementów jaja płodowego nie stwierdzono. W wyciętej trąbce żadnych zmian nie wykazano.

Na tej podstawie wykluczono krwotok spowodu ciąży pozamacicznej, a stwierdzono, że krwawienie powstało z jajnika.

Przypadki takie w rodzimem piśmiennictwie opisali Zubrzycki, Szymanowicz, Keller, Hłasko i in., a w literaturze obcej Schröder, Bauman, Kabith i in. Wszyscy są zgodni co do możliwości powstania tego krwotoku jako następstwa urazu, zaburzeń w narządzie krążenia, zaburzeń wewnętrznowydzielniczych lub też stanów zapalnych, lecz podkreślają, że należy bardzo dokładnie przeprowadzić badania drobnowidowe nietylko preparatów wyciętych, ale i zawartości skrzepów, usuniętych z jamy brzusznej, a wtedy można wykluczyć ciążę pozamaciczną. Niesporne są krwotoki takie, opisane u dziewic.

W dyskusji: Kol. Lenczowski: Przypadek powyższy należy do przypadków bardzo rzadkich, a jednocześnie i niezupełnie jasnych pod względem etjologicznym. Przedewszystkiem nasuwają się wątpliwości natury zasadniczej, a mianowicie, dlaczego krwotok tak znaczny do jamy brzusznej z pękniętego pęcherzyka Graafa zdarza się u kobiet, które dotychczas przechodziły owulację zupełnie normalnie? Jeżeliby przyjąć przyczynę ogólną, sprzyjającą krwawieniom, to dlaczego u tych kobiet nigdy nie obserwuje się zbyt obfitych perjodów? Uraz, na który niekiedy zwracają uwagę, jako na moment etjologiczny, jest mało prawdopodobny ze względu na głębokie usadowienie się jajnika, bardzo dobrze chronionego od urazów zewnętrznych. Uraz zaś związany z aktem spółkowania jeszcze mniej wchodziłby w rachubę, chociażby z tego względu, że przecież akt odbywa się bardzo często, a jednak do krwotoku z jajnika dochodzi bardzo rzadko. I tu z natury rzeczy nasuwa się myśl o innem podłożu etjologicznem, a mianowicie o ciąży zamacicznej. Nieznalezienie resztek jaja płodowego w jajniku nie może wykluczyć jej istnienia, gdyż jajo płodowe, zwłaszcza w okresach wczesnych, może w całości odkleić się od swego podłoża, wypaść do jamy brzusznej i zagubić się pomiędzy jelitami. Rozważając teoretycznie, uważałbym, że tylko wtenczas można byłoby wykluczyć tło ciążowe w przypadkach krwawień z jajnika do jamy brzusznej. o ileby poddać serjowemu badaniu drobnowidowemu nie tylko jajnik, ale również i skrzepłą i płynną krew jamy brzusznej. Niestety praktycznie wykonać to jest rzeczą niemożliwą i dlatego, nie negując możliwości krwawień do jamy brzusznej z pękniętego pęcherzyka Graafa. sądzę, że dowieść tego jest rzeczą prawie niewykonalną.

Kol. Fels wspomina o 2 przypadkach krwawienia z pękniętego pęcherzyka Graafa, z których pierwszy zakończył się śmiercią w przeciągu 24 godzin spowodu krwotoku wewnętrznego, drugi rozpoczął się gwałtownemi bólami po wysiłku fizycznym (przy noszeniu węgli) wśród niedokrewności, lecz bez gorączki i bez obrony mięśni brzusznych. Krwiak pozamaciczny leczony zachowawczo w szpitalu żydowskim uległ wchłonięciu. Spoczątku przez kilka dni mocz był krwawo zabarwiony.

5. Kol. Gerhardt (gość T-wa) wygłasza wykład p. t.: *„O leczeniu schorzeń ginekologicznych jontoforezą".* (Rzecz ukaże się w całości w druku).

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Polskie Zrzeszenie Lekarzy Woj. Białostockiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 maja 1935 roku.

Przewodniczący: Kol. K. Fiedorowicz.

Zagajając posiedzenie, w dniach żałoby narodowej przewodniczący w krótkiem przemówieniu wyraził hołd cieniom Wielkiego Ducha Polski, a jednocześnie podkreślił ból i smutek, który lekarze białostoccy odczuwają narówni z całym narodem. Zebrani wysłuchali przemówienia stojąc, czcząc pamięć dwuminutową ciszą.

Kol. W. Bajenkiewicz wezwał kolegów do godnego uczczenia pamięci zmarłego Wodza Narodu w myśl wskazówek Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Następnie Kol. Brunon Nowakowski (kier. Dz. Hig. Pracy P. Sz. H.) wygłosił referat p. t. *Organizacja higjeny pracy w Rosji Sowieckiej.*

W dziedzinie higjeny pracy istnieją władze centralne i nadzorcze. Są niemi Ludowy Komisarjat Zdrowia i Centrala Związków Zawodowych, która przed kilku laty przyjęła funkcje Ludowego Komisarjatu Pracy. Obie centrale mają własną sieć obwodowych organów nadzorczych i własny aparat naukowo-badawczy. Przewagę w dziedzinie nadzoru ma jednak Centrala Związków Zawodowych, dzięki silnie rozbudowanej inspekcji pracy. Potrójne zadania inspekcji pracy w dziedzinie ochrony społecznej, technicznej i lekarskiej, znajdują swój wyraz w postaci odrębnych inspektorów społecznych, technicznych i lekarskich. Ogółem takich inspektorów jest przeszło 4.000. Istnieje druga sieć lekarskich inspektorów pracy z ramienia Komisarjatu Zdrowia, włączona do organizacji miejscowych ośrodków. Pozatem na terenie zakładów pracy istnieje inspekcja robotnicza, pochodząca z wyboru, licząca około 160.000 osób. Każda najmniejsza instytucja ma takiego miejscowego inspektora. Imponująca jest sieć zakładów badawczych. Istnieją 2 typy: jeden to instytuty ekonomiki, organizacji i higjeny pracy, zależne od Centrali Związków Zawodowych. Łączą one lekarzy, higjenistów, fizjologów, psychologów i techników. Jest ich kilkanaście. Największe są w Moskwie i Leningradzie i mają kilkaset pracowników. Każdy z nich ma przydzielone sobie określone gałęzie produkcji na terenie całego związku sowieckiego, pozatem obsłu-

guje swój rejon. Szkolą one personel techniczny i lekarski inspekcji pracy. Drugi typ zależy od Komisarjatu Zdrowia, to instytuty chorób zawodowych. Łączą klinicystów wszelkiej specjalności oraz higjenistów. i techników. Jest ich również kilkanaście. Zajmują się nietylko chorobami zawodowemi w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz związkiem pomiędzy stanem zdrowia i zdolnością do pracy. Instytuty obu typów, prócz badań klinicznych i laboratoryjnych, przeprowadzają badania w warsztatach pracy. Tak rozbudowanej sieci badawczej nie posiada żaden inny kraj. Odpowiedzialność za stan sanitarny fabryki i zdrowie załogi spoczywa na kierownictwie zakładu pracy. Bezpośrednio nad stanem zdrowia załogi czuwa Org. pomocy lekarskiej kierowana przez Komisarjat Zdrowia. Podstawową jednostką organizacyjną jest poliklinika rejonowa, posiadająca lekarzy wszystkich specjalności. Dla obsługi fabryk wewnątrz polikliniki tworzą się brygady lekarskie z odpowiednią obsadą specjalistów. Brygada taka leczy określony warsztat pracy, przyczem każdy lekarz obowiązany jest spędzić pewną liczbę godzin w fabryce, by zapoznać się z rodzajem i warunkami pracy swoich pacjentów. Poliklinika wyznacza do fabryk zależnie od stanu zatrudnienia: punkty pielęgniarskie, począwszy od czterystu pracowników, punkty lekarskie począwszy od 1000 robotników, licząc 1 lekarza na 2 tys. osób. Fabryki z załogą ponad 10 tys. robotników mają własne polikliniki fabryczne. Wysunięte do fabryk placówki udzielają pierwszej pomocy, opiekują się zdrowiem robotników, biorąc udział w akcji uzdrowienia zakładu. Są one pod stałą kontrolą odpowiednich specjalistów polikliniki. Do tych punktów lekarskich fabrycznych przydzieleni są na stałe lekarscy inspektorowie pracy z sieci Komisarjatu Zdrowia, począwszy od 2 tys. robotników, w przemyśle chemicznym od 6 tys. robotników. W innych gałęziach przemysłu fabryki, niemające na stałe lekarskich inspektorów pracy, są pod opieką rejonowych inspektorów lekarskich (streszczenie własne).

Po referacie rozwinęła się żywa dyskusja, w której brało udział 15 kolegów, zadając cały szereg pytań dodatkowych.

Sekretarz: *Dr. Cz. Karwowski.*

Z Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

W dniu 10 i 11 lipca r. b. odbyły się w Paryżu posiedzenia władz Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego: dnia 10. lipca posiedzenie Komitetu Wykonawczego *(Comité Exécutif de l'Union Internationale contre la Tuberculose)*, dnia 11 lipca — dwa zebrania Rady Zarządzającej *(Conseil de Direction)* — a) sprawy administracyjne, b) sesja naukowa Rady.

Należy podkreślić, że tak licznych i ożywionych posiedzeń Władz Związku oddawna nie notowano. Niewątpliwie należy to przypisać nowemu kierownictwu, nadawanemu Związkowi przez jego obecnego Prezesa p. Dr. Piestrzyńskiego.

Komitet Wykonawczy zebrał się w komplecie: prezes — dr. E. Piestrzyński, prof. Lopo de Carvalho (Portugalja), dr. Kendall Emerson (St. Zjedn. A. P.), Dr. Frey (Niemcy), prof. Frölich (Norwegja), prof. Nolen (Holandja), prof. Bocchetti (Włochy — zamiast prof. Paolucci), prof. Lyle Cummins (Anglja — zamiast Sir Roberta Philip'a, który od kilku lat nie opuszcza Anglji), prof. Bezançon — sekretarz generalny (Francja), Dr. Skokowska-Rudolf, zast. sekretarza generalnego, p. Mirabaud, skarbnik (Francja), ponadto w posiedzeniu Komitetu wzięła udział redaktorka *„Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose"* — dr. Alice Churchill.

Na posiedzenie Rady przybyli ponadto: dr. Derscheid z Belgji, prezes *Oeuvre Nationale Belge c. l. Tuberculose*, prof. Morelli z Włoch, dr. Bachmann, prezes Szwajcarskiego Związku Przeciwgruźliczego, prof. Madsen z Danji, dr. Saenz z Urugwaju, dr. Guinard, dyrektor sanatorjum w Bligny i szereg innych. W sesji naukowej wzięli pozatem udział liczni klinicyści francuscy: dr. Poix, dr. Rist, dr. Debré, dr. Boquet i wielu innych, przybył również dr. Hornung z Polski, który w drodze powrotnej ze studjów w Rzymie znalazł się w Paryżu.

Na porządku dziennym posiedzenia Komitetu były następujące sprawy: sprawozdania sekretarza generalnego i skarbnika, wstępny wybór tematów i referentów na Zjazd w r. 1936 w Lizbonie, wybór kandydatów na stypendystów Instytutu im. Carlo Forlanini w Rzymie na rok 1935/36, sprawy różne.

Ze sprawozdania sekretarza generalnego wynika, że do Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego należy obecnie 45 państw (ostatnio ustąpiły Chiny, które zresztą od kilku lat należały nominalnie, a przystąpiła republika Chili). Związek liczy 108 członków radnych *(conseillers)* i 637 tytularnych *(titulaires)*; wśród członków, którzy ubyli figuruje nazwisko zmarłego Theobalda Smidt'a. Naogół Związek wzrósł liczbowo, przyjęto 8 nowych członków tytularnych. Dochody i wydatki równoważą się w granicach 120.000 fr. fr.

Osobny dział sprawozdania stanowi fundacja im. Léon Bernard, której powołanie zostało uchwalone na wniosek włoski w Warszawie. Prezesami honorowymi fundacji są: Sir Robert Philip i senator André Honnorat, na prezesa został wybrany, na wniosek dr. Piestrzyńskiego, prof. Paolucci, członkami są: dr. Rist (Francja), dr. Melita (Indje Brytyjskie), prof. van der Plaats (Indje Holenderskie), prof. Bocchetti (Włochy), p. Dumont (Luksemburg), prof. Frölich (Norwegja), prof. Jacobaeus (Szwecja), prof. Hynek (Czechosłowacja), dr. Saenz (Urugwaj). Ogólna suma składek wynosi obecnie 25.975 fr. fr. od 14 krajów.

Wybór tematów na Zjazd w r. 1936 odbywał się inaczej niż zwykle: zamiast zwracania się do członków Związku o przedstawienie tematów Komitet Wykonawczy przyjął w styczniu wniosek rozesłania gotowych propozycyj, co nie wykluczało nadsyłania projektów innych. Jako temat I zaproponowano: „Budowa wnęki płucnej" (wniosek Portugalji), temat II kliniczny: „Pierwotne zakażenie gruźlicą u młodzieży i dorosłych" i III społeczny „Szpitale dla chorych na gruźlicę". Wszystkie te tematy były poparte przez znaczną liczbę głosów, prócz tego nadesłano jeszcze 23 inne tematy. Po dyskusji przyjęto ostatecznie następującą redakcję tytułów referatów: „Obrazy radjologiczne wnęki płucnej", ref. prof. Lopo de Carvalho. Spośród proponowanych koreferentów należy wymienić doc. dr. W. Zawadowskiego (Polska).

Tytuł tematu klinicznego pozostaje bez zmian, referent dr. Olaf Scheel (Norwegja).

Temat społeczny: „Zapobieganie gruźlicy w domu", referent Sir Henry Gauvain.

Jako kandydatów na stypendystów do Instytutu im. Carlo Forlanini zgłoszono 30 lekarzy z 17 państw. Wobec tego, że kilkanaście państw korzystało już ze stypendjów a niektóre państwa były szczególnie uprzywilejowane, jak Austrja, która miała 3 stypendystów, Polska i Indje Bryt. po 2, wybrano 6 kandydatów wyłącznie z tych państw, które dotąd swoich delegatów na studjach nie miały. Otrzymali zatem stypendja: dr. Rocheta (Portugalja), dr. Prosek (Czechosłowacja), dr. Cecilioni (Kanada), pani dr. Schambye (Danja), dr. de Arellanozy Garcia (Hiszpanja), dr. Sedriks (Łotwa).

W ostatnim punkcie porządku dziennego były omawiane następujące sprawy: dr. Skokowska-Rudolf przedstawiła projekt jednolitej dla wszystkich państw — członków Unji, rejestracji przypadków śmierci z gruźlicy. Projekt ten został zasadniczo przyjęty, żadnych poprawek nie zgłoszono. Przyjęcie projektu powinno mieć wpływ na ujednostajnienie statystyki umieralności z gruźlicy na całym świecie i umożliwi porównywanie stanu rozpowszechnienia gruźlicy w różnych państwach.

Drugim był wniosek dr. Bachmanna, który zaproponował, aby na przyszłych Zjazdach Międzynarodowych omawiano aktualne zagadnienia społeczne. Wobec jednak obszernego zwykle programu zjazdów, wypowiedziano się za wprowadzeniem dodatkowego tematu (czy tematów) dla grupy uczestników, która się zgłosi, bez naruszenia całości programu zjazdu.

Rada *(Conseil de Direction)* zatwierdziła uchwały Komitetu. Należy zaznaczyć, że prof. Bezançon w swojem sprawozdaniu na Radzie wspomniał serdecznie Zjazd w Warszawie i dziękował za miły pobyt i przyjęcie.

Na sesji popołudniowej prof. Madsen wygłosił referat o standaryzacji próby tuberkulinowej. Przewodniczył na wniosek Prezesa Związku prof. Lyle Cummins.

Wobec tego, że dla wykonania próby tuberkulinowej używane są różne odczyny tuberkuliny, że sama technika przeprowadzenia próby jest różnorodna i że interpretacja wyników jest oparta na ocenie subjektywnej, porównanie wyników jest trudne, a nawet niemożliwe.

Prof. Madsen proponuje przyjęcie tuberkuliny-standartu, zaproponowanego przez Stany Zjedn. A. P., wykonywanie dla celów porównawczych jedynie metodą Mantoux (śródskórną) i określanie wyników według szematu amerykańskiego, w zależności od rozmiarów i wyglądu reakcji.

Otrzymanie stałego rozczynu starej tuberkuliny jest niemożliwe; różne jej rozczyny są rozczynami, zawierającemi czynną substancję w stężeniu nieznanem. Amerykanie izolowali tę substancję czynną, jest to składnik proteinowy stały, wydobywany z rozczynu tuberkuliny, przygotowanej na podłożu syntetycznem. Po oczyszczeniu substancję tę przygotowuje się w postaci suchych tabletek, które po rozpuszczeniu dają rozczyn określonej siły, nieulegający wahaniom.

Wrażliwość na ten preparat jest bardzo duża, natomiast nie ma on właściwości uczulających i wywołujących powstawanie przeciwciał.

Referat wywołał ożywioną dyskusję. Wyraźnie odrębne stanowisko zajęli klinicyści francuscy, którzy stwierdzili, że wystarcza im odczyn klasyczny Pirquet'a i stara tuberkulina. Projekt prof. Madsena wydaje się być bardzo zajmujący przez wprowadzenie ścisłych określeń i liczb zamiast oceny subjektywnej.

Po zakończonych obradach odbył się obiad, wydany przez Francuski Komitet Przeciwgruźliczy, w którym wzięli udział członkowie Komitetu i Rady, członkowie Zarządu Komitetu Francuskiego i panie — żony delegatów, które przybyły zdaleka, jak pani Lopo de Carvalho i inne. Nastrój był bardzo miły, bardzo ciepło i serdecznie wspominano Zjazd w Warszawie i wygłoszono szereg przemówień, niezmiernie dla Polski i Polaków życzliwych.

OD REDAKCJI.

Do Szanownych Współpracowników Polskiej Gazety Lekarskiej.

Redakcja zwraca się do wszystkich współpracowników z prośbą stosowania w pracach swoich nowej ortografji według słownika Polskiej Akademji Umiejętności, w celu uniknięcia poprawek w rękopisach i korektach.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

X sześciomiesięczny Kurs Higjeny Publicznej dla lekarzy pragnących poświęcić się służbie państwowej i samorządowej, rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny dnia 1 października 1935. Zgłoszenia przyjmuje i informacyj udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny Warszawa, ul. Chocimska 24. Tel. 8-94-81.

Doroczny Kongres Tow. Ortopedycznego Czesko-słowackiego i Jugosłowiańskiego odbędzie się od 26 do 28 września b. r. w Bernie.

XII Podróż Międzynarodowa Lekarzy zorganizowana przez Towarzystwo Lekarzy Wybrzeża Śródziemnomorskiego odbędzie się od 26 grudnia 1935 do 4 stycznia 1936. Uczestnicy zbiorą się w Nicei w czwartek 26 grudnia 1935. Po kolei zwiedzą Niceę, Monte Carlo, Beaulieu, Villefranche, Vence, Grasse. 1 stycznia będą w Cannes, potem zwiedzą Juan-Les-Pins, Antibes. 3 stycznia wracają do Cannes. Rozstanie w Cannes 4 stycznia. Podróż urozmaicona będzie przez przyjęcia i demonstracje naukowe. Przewidywane są zniżki kolejowe. Bliższych informacyj udziela Sekretarjat Tow. Lek. w Nicei. Adres: Societe Medicale 24, Rue Verdi, à Nice.

Różne.

Z kraju.

Instytut Spraw Społecznych w jednym z ostatnich komunikatów donosi, że Ubezpieczalnia Społeczna w Łodzi ma podobno przeprowadzać badania rentgenologiczne płuc u robotników zajętych w fabrykach azbestu. Robotnicy tacy bowiem są narażeni na chorobę zawodową, t. zw. azbestozę.

Ślepota wskutek wypadków przy pracy. Prof. Melanowski podaje, że w r. 1930 zdarzyło się w Polsce 895 ciężkich urazów oczu w czasie pracy. Najwięcej wypadków zaszło w górnictwie, na drugiem miejscu stoi hutnictwo i przemysł metalowy.

Ze świata.

Przyrost naturalny ludności (na 1.000 mieszkańców) wyniósł w IV kwartale roku 1934 w Holandji 12, Polsce 11,7, Włoszech 9,4, Niemczech 7,5, Węgrzech 5,1, Czechosłowacji 4, Anglji z Walją 1,8, Francji 0,6.

Danja.

Wyższa Szkoła Rolnicza i Weterynaryjna w Kopenhadze otrzymała prawo promocji. Lekarze weterynaryjni będą mogli otrzymywać stopień doktora medycyny weterynaryjnej, a agronomi stopień doktora agronomji.

Austrja.

W miejscowości St. Pölten w Austrji odbyło się niedawno uroczyste zebranie drużyn ratowniczych Czerwonego Krzyża. Drużyny te liczą około 10.000 członków i rozporządzają 100 samochodami sanitarnemi. Rozwijają one żywą działalność w zakresie pierwszej pomocy i ratownictwa w przemyśle, na wsi i w sporcie. W czasie zjazdu odbyły się dwa pokazy. W pierwszym przedstawiono eksplozję w fabryce celluloidu w specjalnie do tego celu wystawionym budynku. W drugim pokazie przedstawiono zderzenie dwóch pociągów. W obu wypadkach członkowie drużyn rozwinęli sprawną akcję ratunkową, udzielając pierwszej pomocy ofiarom katastrof i przewożąc je jak najszybciej do szpitali. Zjazd połączony był z wystawą, na której przedstawiono szereg interesujących eksponatów z zakresu higjeny i bezpieczeństwa pracy, pierwszej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach i katastrofach, oraz z zakresu walki z chorobami i t. p. Ta działalność kulturalno-społeczna austrjackiego Czerwonego Krzyża zwrócona jest w kierunku zagadnień praktycznych, przedewszystkiem ochrony zdrowia przy pracy.

Czechosłowacja.

Profesorem zwyczajnym embrjologji i histologji Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Praskiego został dr. A. Studnička (tem samem prostuje się wiadomość o tem mianowaniu, podaną w Nr. 32—33. 1935).

Stany Zjednoczone.

Śmiertelność lekarzy w St. Zjedn. Journal of Am. Ass. donosi: W roku 1934 zmarło w St. Zjedn. 3.231 lekarzy, przeciętny wiek zmarłych 64,3 lat (cyfra zbliżona do cyfry odnoszącej się do W. Bryt.). Najczęstszą przyczyną śmierci było osłabienie serca, dalsze miejsce zajmują krwotoki w mózgu, zapalenie płuc i rak. Śmierć gwałtowna w 7%.

Japonja.

Zmniejszenie się liczby urodzin w Japonji. Times donosi, że według statystyki przyrost naturalny w Japonji w r. 1932 wynosił 1 miljon, w r. 1933 927 tys., w r. 1934 809 tys. Przyczyną tak dużego spadku przyrostu jest spadek liczby urodzeń o 139 tys. w ostatnim roku.

Umieralność a praca w przemyśle. Umieralność w Japonji wynosi około 20 wypadków na 1.000, co odpowiada mniejwięcej stosunkom w państwach kulturalnych. Ogólnie jest ona niższa w mieście niż na wsi. W okręgach przemysłowych jednak stosunek jest odwrotny i umieralność ludności jest tam wyższa niż na wsi.

Zrzeszenie lekarzy japońskich zażądało podwyższenia honorarjów lekarskich za opiekę udzielaną ubezpieczonym. Ryczałtowa kwota od jednego ubezpieczonego wynosi rocznie 7,44 yenów, a zrzeszenie lekarzy żąda podwyższenia tej kwoty o 30 senów.

Włochy.

W Rzymie stwierdzono w sierpniu więcej przypadków duru brzusznego. Ostre zarządzenia zapobiegawcze spowodowały zmniejszenie tychże.

Redakcja otrzymała:

M. Zachert: Podstawy zwalczania jaglicy. Nakł. „Przeglądu Trachomatologji". 1935.

M. Zachert: Środki zwalczania jaglicy. Odb. z „Przegl. Trachomatologji". Z. 2. 1935.

H. L. Kretschmer: Resection of the kidney. Odb. z „Surgery, Gynecology and Obstetrics". 1935. Vol. 60. 984—995.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.